Darbez

Lipomes



e dernier cas, il peut y avoir eu abus d'un médica-
enical employé soit à l'intérieur, soit à l'extérieur; ou
ns le remède administré, de l'arséniate de potasse
ple donné pour du sulfate de potasse, comme j'en
as; ou enfin erreur toute fortuite, de l'acide arsé-
is par mégarde pour du sucre en poudre, de la

s cas de suicide, qui sont nombreux, les préparations
es usitées sont celles qui se rencontrent le plus faci-
us la main : les compositions destinées à faire périr
ux, les couleurs vertes employées dans certaines
ns,

pour l'homicide, l'acide arsénieux est choisi de pré-
n raison de sa saveur, qui n'est pas au premier abord
r avertir et repousser; qui ressemble à tant d'autres
es inoffensives, gomme, sucre, amidon, sel; et
olubilité, sans être très-grande, est néanmoins suffi-
is ce qui est plus caractéristique, c'est le soin avec
poison arsenical est déguisé par divers mélanges avec
tances alimentaires colorées et sapides, telles que de
du bouillon, du café, du vin.

en résumé, le choix de la préparation arsenicale em-
e mode d'administration surtout, peuvent servir à
, sinon à déterminer toujours avec certitude, si l'em-
ment par l'arsenic est le résultat d'un homicide,
ide ou d'un accident.

CHOIX D'OBSERVATIONS ET DE RAPPORTS.

permettais de le faire remarquer en commençant et
été déjà plus d'une fois, je ne revendique pour l'his-
je m'efforce de tracer des principaux genres d'em-
ment que le mérite de l'exactitude; et je tiens sur-
puyer toujours mes descriptions sur les faits. Ceux

bien que l'on ne retrouve plus d'arsenic ? Le poison arsenical a-t-il pu disparaître ? — Nous côtoyons ici les anciennes voies de la toxicologie et nous approchons de ces thèses abstraites qu'il serait inopportun et tout à fait stérile de ramener aujourd'hui sur le terrain de la médecine légale, d'où je tiens à ne pas m'écarter. Je n'aborde donc cette question que par le côté purement pratique.

Elle peut se produire dans deux circonstances fort distinctes : l'individu a survécu un certain temps à l'empoisonnement par l'arsenic et l'élimination a pu se faire; ou bien, au contraire, il est mort et a été inhumé pendant un temps assez long pour que l'on puisse se demander si le corps ou ses débris ont retenu les traces du poison.

Dans le premier cas, il est incontestable que sans parler des vomissements par lequel peut être rejetée, sinon la totalité, du moins une grande partie du poison, par le fait de l'élimination physiologique, l'arsenic absorbé sera incessamment rejeté et finira par ne plus se retrouver dans les excrétions. Ce phénomène se produit, même pour l'arsenic, beaucoup plus rapidement que pour d'autres substances. La durée de l'élimination complète, évaluée par M. L. Orfila à trente jours, serait seulement de douze à quinze jours suivant M. Chatin. Il y a, du reste, pour l'expert à tenir compte dans cette évaluation, qui ne doit être prise que comme une donnée générale, des évacuations et excrétions plus ou moins abondantes qui ont eu lieu dans les premiers temps de l'empoisonnement, et aussi de l'état, de la constitution et de la force de résistance de l'individu.

Dans le second cas, il s'agit de savoir si, après un temps quelconque, le cadavre abandonne le composé arsenical qu'il renfermait au moment de la mort, de manière à ne plus en retenir à une époque donnée. En théorie, on se dit qu'il peut y avoir, par le fait de la putréfaction, transformation du poison arsenical en arsénite d'ammoniaque soluble que l'eau

DES LIPOMES

ET DE LA

DIATHÈSE LIPOMATEUSE

PAR

ÉDOUARD DARBEZ

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS,

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE POITIERS,
LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LA MÊME VILLE,
PREMIER PRIX, MÉDAILLE D'ARGENT (CONCOURS 1865)
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LA VIENNE,
ET DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS.

Avec Planches photographiques.

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-EDITEUR,
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1868

A MON PÈRE & A MA MÈRE

Recevez ici l'expression sincère de l'amour filial le plus tendre, le plus dévoué.

A MES ONCLES ET TANTES

A MES AUTRES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES PREMIERS MAÎTRES

A MM LES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE POITIERS.

A M. LE DR ORILLARD

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS,
PROFESSEUR D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE A LADITE ÉCOLE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A MM. LES D^{RS} LEPETIT & DELAUNAY

PROFESSEURS A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS.

A M. LE PROFESSEUR NÉLATON

MEMBRE DE L'INSTITUT,
SÉNATEUR.

A M. LE DR VERNEUIL

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE.

A M. LE DR TARDIEU

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A M. LE DR L. LABBÉ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX.
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A M. LE Dr GUÉRINEAU

PROFESSEUR
DE PATHOLOGIE EXTERNE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS,
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU DE LA MÊME VILLE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A M. LE Dr JALLET

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS.

Je vous dois plus que je ne puis dire, recevez ce faible hommage de vive reconnaissance pour l'intérêt que vous m'avez toujours témoigné.

A M. EUGÈNE PELOUZE

Gratitude.

DES LIPOMES

ET DE LA

DIATHÈSE LIPOMATEUSE

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses tumeurs qui ont été l'objet de notre observation pendant le cours de nos études, les lipomes ont, plus que tout autre, attiré notre attention. Cette préférence doit sans doute être attribuée à l'importance des premiers cas qu'il nous a été permis d'étudier, et qui avaient vivement excité notre curiosité. Ayant donc eu l'occasion d'apprécier l'intérêt qui se rattache à cette variété de tumeurs, et possédant quelques observations personnelles, nous avons été conduit à faire notre thèse inaugurale sur ce sujet, qui, jusqu'ici, n'a encore été que fort peu traité. Nous-même nous ne chercherons point à faire une monographie complète, des circonstances indépendantes de notre volonté nous empêchant de faire un travail aussi important que nous l'avions projeté. Dès lors, notre unique prétention, si nous pouvons nous permettre une telle expression, sera de résumer l'état actuel de la science sur les lipomes.

Nos observations, jointes à celles qui ont été publiées jusqu'à ce

jour, forment un contingent de documents qui nous permettront d'établir d'une manière définitive l'existence d'une diathèse lipomateuse et d'affirmer que, dans certains cas de lipomes multiples, ces tumeurs peuvent affecter de la symétrie.

En parlant du diagnostic, nous exposerons un nouveau procédé d'exploration ; nous voulons parler de l'emploi de la réfrigération. Ce moyen, proposé et mis en usage par M. Hénocque, interne à l'hôpital des Cliniques, est destiné à venir éclairer le chirurgien dans certains cas douteux. A ce propos, nous donnerons le résultat d'expériences qui nous sont personnelles, et qui, nous pouvons le dire dès maintenant, ont été aussi affirmatives que possible.

Enfin, nous insisterons sur un traitement des lipomes également nouveau, dû à M. le Dr Onimus. Le malade dont nous rapporterons l'observation dans son entier, et que plusieurs médecins ont vu, sera la meilleure preuve de l'efficacité de ce traitement, qui consiste à déterminer la résolution de ces tumeurs par la seule influence de courants électriques continus.

Nous plaçons en tête de notre thèse les noms d'observateurs aussi sagaces, inspiré par le sentiment de la reconnaissance et le vrai désir de rendre hommage à leur mérite.

Qu'il nous soit permis de remercier publiquement M. le Dr Léon Labbé, chirurgien des hôpitaux, pour les renseignements qu'il a bien voulu nous donner, ainsi que M. Liouville, interne distingué des hôpitaux, pour sa bienveillance à notre égard.

DÉFINITION.

Le lipome (de λίπος, graisse) est une tumeur homœomorphe, résultant d'une hypertrophie et d'une hyperplastie plus ou moins circonscrite du tissu adipeux.

On pourrait, comme le veut M. le professeur Cruveilhier (1), remplacer le mot *lipome* par celui d'*adipome*. Pour nous l'une et l'autre expression se valent, néanmoins nous emploierons de préférence, dans le cours de notre travail, le mot lipome, comme étant le plus connu, le plus usité et d'ailleurs parfaitement défini.

Cette tumeur, dont on se fait une idée très-exacte, très-nette, grâce aux belles recherches anatomo-pathologiques, dont tout le mérite revient à M. Verneuil, ne pourra plus être désormais confondue avec d'autres néoplasmes que les chirurgiens désignent sous les noms de stéatome, d'athéromes sébacés, de loupes, de simples kystes de cholestérine, de kystes dermoïdes, etc.

HISTORIQUE.

Une confusion complète exista jusqu'à l'époque où Littre, c'est-à-dire en 1709 (2), introduisit dans le langage chirurgical le mot *lipome*. En 1704 (3), ce chirurgien avait étudié une tumeur graisseuse qu'il avait enlevée sur la cuisse d'une femme ; malgré cela, ce ne fut que cinq années plus tard qu'il établit définitivement une différence entre le lipome et le stéatome, qui jusque alors avaient presque toujours été pris l'un pour l'autre.

---

(1) Traité d'anatomie pathol., t. III, p. 302.

(2) Histoire de l'Académie royale des sciences, année 1709, observ. anat. III.

(3) Sur une tumeur graisseuse de la cuisse, dans Académie des sciences, 1704. Histoire, observ. anat. I.

En donnant un nom spécial à cette sorte de tumeur graisseuse, Littre a prouvé qu'elle avait des caractères propres, qui furent cependant longtemps méconnus, puisque sa nouvelle expression ne fit pas d'abord fortune et qu'il fallut plus d'un siècle pour la faire adopter. En effet, en 1818, Meckel (1) affirme qu'on comprend sous le nom de lipomes des tumeurs d'espèces entièrement différentes; mais depuis, le sens en a été de plus en plus compris, comme les travaux modernes sur ce sujet l'attestent.

Nous renvoyons à cet égard à la bibliographie que nous avons établie à la fin de cet ouvrage.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Siége. — On a observé les lipomes sur toutes les parties du corps et au milieu des organes splanchniques. Jobert et M. Nélaton en ont même remarqué dans les os. Ce chirurgien a vu un cas de lipome du sinus maxillaire du côté droit ; cette tumeur avait effacé complétement la cavité et aminci les parois.

On les rencontre particulièrement là où le tissu adipeux est le plus abondant ; c'est ainsi que les régions fessière, mammaire, dorsale et abdominale semblent être leur siége de prédilection. Bien qu'on en ait souvent observé sur les membres, ceux des mains et des pieds sont assez rares. Follin (2) a vu un lipome situé sur les faces antérieure, extérieure et postérieure du doigt médius; Pelletan, à la face interne dn pouce; Robert, à la face palmaire de la main. M. Boinet a présenté à la Société de chirurgie un lipome sous-aponévrotique de la paume de la main. M. Nélaton en a vu un au bord interne de la main. M. Vulpian nous a parlé d'une malade qui a succombé dans son service et qui avait

(1) Pathol. anat., 1818, II, 2, p. 119, note.
(2) Bulletins de la Société de biologie, 1853.

à un doigt un lipome, qui, pendant la vie, avait été pris pour un kyste.

On l'observe rarement au-dessous du cuir chevelu ; M. Nélaton en a vu deux cas.

La couche adipeuse de l'orbite peut être le siége d'une hyperplasie partielle comme le montre le cas de M. Demarquay (1). Quant au lipome des paupières, M. Nélaton dit qu'il n'en existe pas. On a pu confondre avec le lipome palpébral, un lipome placé derrière la paupière, mais rétro-musculaire. Pourtant on sait que Dupuytren en a enlevé un qui avait été pris pour un kyste.

Liston parle d'un lipome du nez.

M. Richet (2) a présenté à la Société de chirurgie un cas de tumeur graisseuse de la parotide. Comme lipome de la joue, on peut citer le cas de M. Guersant et Robert.

Ceux du cou sont le plus souvent sous-musculaires et envoient des prolongements au milieu des tissus ambiants, comme dans le cas de Liston, et dans celui d'une jeune fille de 12 ans dont nous rapporterons plus loin l'observation complète, que nous avons recueillie pendant notre internat à l'Hôtel-Dieu de Poitiers. Parmi les lipomes profonds on doit citer ceux de la région sus-sternale ; ceux-ci, placés derrière l'aponévrose, devant la trachée (Leclerc), peuvent amener des phénomènes de suffocation.

Ceux du sein sont très-rares. Si de cette région nous descendons à celle de l'aine, nous noterons les lipomes herniaires qui sont formés ou par une épiplocèle ou par la transformation de sacs herniaires. Il en est de même des hernies lipomateuses de l'ombilic.

On a également vu des lipomes du cordon ; dans deux cas observés par M. Nélaton, ils avaient le volume des deux poings.

---

(1) Traité des tumeurs de l'orbite, p. 157, 379.

(2) Bulletins de la Soc. de chir., 2e série, t. II, p. 489.

Quand on en fait l'ablation, il y a quelquefois difficulté pour fendre la gaîne et respecter le canal déférent. Dans les cas connus de lipomes du scrotum, tantôt ces tumeurs naissent de la tunique vaginale du scrotum, tantôt de la tunique dartoïque. M. Nélaton ne connaît pas de lipome de la verge.

Chez la femme, Delpech en a observé dans l'épaisseur des grandes lèvres. Tel est aussi le cas de M. A. Desprès pris dans le service de Mance en 1859. Pelletan en a même rencontré dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale.

On peut en trouver au voisinage de bourses séreuses, comme le prouve le fait présenté à la Société de chirurgie par M. Broca. Ici le lipome était situé au devant de la rotule. Au milieu même des articulations, on en observe quelquefois, comme Müller l'a montré. Cet auteur nomme ces sortes de lipomes, *lipomes arborescents*.

De même que presque tous les lipomes que nous venons de citer sont sous-cutanés, de même il en existe qui sont cutanés. Quelquefois cette tumeur peut se développer dans l'épaisseur même de la peau (Nélaton). D'autres sont sous-muqueux.

Cas de Lebert (lipome de la lèvre inférieure).

Cas de Marjolin (lipome sous-muqueux sur le plancher de la cavité buccale simulant une grenouillette).

Cas de Follin (lipome de la langue présenté à la Société de chirurgie, dans la séance du 28 février 1866). C'est plutôt un exemple de lipome parenchymateux. Pajet et Bastien rapportent également des faits semblables. Comme le tissu cellulo-graisseux de cet organe est remarquable par son extrême finesse et par son peu de résistance, et qu'il est plus abondant en arrière et en bas qu'en avant et en haut, c'est là que les tumeurs graisseuses se développent le plus facilement.

Cas de Joh. Meckel (lipome de l'extrémité inférieure de l'œsophage). Rokitansky en cite un provenant d'un rameau bronchique.

M. Virchow a conservé dans sa collection une pièce remarqua-

ble où un lipome multiloculaire siégeait sur la petite courbure de l'estomac dans le petit épiploon.

Sangalli raconte un cas où il existait dans le côlon descendant deux lipomes sous-muqueux pédiculés et de la grosseur d'un œuf de poule.

Enfin MM. Lebert, Broca et Moynier en ont constaté d'adhérents à d'autres organes splanchniques. On en a même trouvé dans la substance même du cœur (cas d'Albers), et jusqu'au milieu de la masse cérébrale: ainsi, M. Cruveilhier, dans son Traité d'anatomie pathologique, parle d'une petite tumeur graisseuse de la pie-mère de la moelle allongée dans le voisinage des olives. Klob mentionne un lipome de la grosseur d'un haricot, qui, chez un homme atteint de surdité, était situé entre le pont de Varole et l'hémisphère cérébelleux gauche.

Enfin, M. Virchow raconte, dans son traité sur les tumeurs, qu'il a trouvé dans le cerveau d'un aliéné, âgé de 48 ans, un lipome de la grosseur d'un poids, juste en avant du tubercule mamillaire gauche (*loc. cit.*).

Comme on le voit, presque tous les organes, dont se compose le corps humain peuvent devenir le siége de lipomes.

Nombre. — Le plus ordinairement le lipome est unique; mais aussi, il en existe quelquefois un très-grand nombre. Une telle multiplicité tient, comme nous l'établirons plus loin, à une disposition générale, en un mot, à une véritable diathèse qu'on doit appeler *lipomateuse*. Les exemples cités par Cooper, Marjolin, Alibert, Pautrier, Follin, Broca, Huguier, Foucher et les nôtres viennent à l'appui d'une pareille assertion.

Le cas suivant d'un malade de M. Broca, peut donner une idée du nombre de lipomes qui peuvent se développer sur une seule personne. Ce fait étant intéressant non-seulement au point de vue de la multiplicité des lipomes, mais encore et surtout à celui de la *diathèse*, nous croyons devoir le rapporter dans son entier.

OBSERVATION I[re].

« N... est mort à l'âge de 70 ans. En 1817, il lui survint à la hanche un lipome qui fut enlevé en 1823 par Beauchêne, et qui pesait 2,500 grammes. La cicatrisation fut régulière et très-belle. Cinq mois après cette ablation, le malade vit sur toute la surface de son corps se développer un grand nombre de tumeurs lipomateuses. Ces lipomes étaient tellement nombreux qu'il était impossible de les compter. Quand il est entré à l'infirmerie, les internes ont eu la patience de se livrer à l'énumération exacte de toutes ces tumeurs. Or, voici le résultat de leur examen ; il y en avait en tout 2,080, ainsi réparties :

A la tête et au cou..............	280
Sur le tronc.....................	965
Au membre supérieur..............	370
Au membre inférieur..............	265
	2080

Il y en avait plus sur la face antérieure que sur la face postérieure du corps. Relativement à leur situation, on en distinguait deux catégories ; les uns, sous-cutanés, avaient la consistance ordinaire du lipome, quelques-uns offraient la consistance d'une mamelle de femme amaigrie.

Le volume était depuis celui d'un haricot jusqu'à celui d'un œuf de poule. Leur nombre était de quarante environ.

Les cutanés formaient une espèce de semis, les plus petits étaient du volume d'un grain de chènevis, et d'autres plus gros. Quinze d'entre eux étaient pédiculés. Il y en avait qui surmontaient les lipomes sous-cutanés, de sorte que cela donnait à ces tumeurs l'aspect d'une mamelle.

Comme cet homme était entré à l'infirmerie pour une dyspha-

gie, nous avons cru d'abord que cette affection tenait à des lipomes sous-muqueux internes. L'autopsie nous a montré des lipomes là où nous n'en avions point supposé. Il avait aussi une laryngite.

Au bout de quelques jours le malade ne mangeait plus, et il a fini par succomber.

L'autopsie, faite le lendemain, permit de constater les lésions suivantes : laryngite ulcéreuse de toute la muqueuse du larynx; masse graisseuse dans la gaîne du sterno-cléido-mastoïdien et dans celle de la carotide primitive. Dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien, collection analogue à celle d'un abcès, mais le microscope a démontré qu'il n'y avait que des granulations graisseuses. Autour du larynx, double collection de semblables granulations.

Les muscles sont atrophiés, pâles; l'épiploon n'était pas graisseux, il était très-transparent. Dans l'épaisseur des valvules du cœur il y avait de la graisse comme dans les lipomes sous-cutanés. Toutes les valvules du cœur droit et gauche avaient ce dépôt graisseux. Celui de la valvule tricuspide était relativement énorme. On n'a pas pratiqué l'auscultation pendant la vie.

Nous n'avons ausculté que le poumon, où nous avons constaté quelques granulations tuberculeuses peu étendues. La dysphagie observée était causée par la dégénérescence des parois musculaires de l'œsophage, qui offraient une infiltration graisseuse. Dans le pylore, il existait en outre une infiltration semblable de 1 centimètre d'épaisseur.

Les lipomes proprement dits avaient subi une modification profonde par le défaut d'alimentation, ils avaient diminué de moitié. Les uns avaient une couleur jaune, les autres une couleur rosée. Au microscope, ils avaient tous le même aspect : trame de tissu conjonctif et fibreux parsemée d'une quantité plus ou moins grande de granulations graisseuses. »

Ainsi voilà une *diathèse lipomateuse* bien caractérisée.

L'observation suivante, que nous avons recueillie à l'Hôpital

général de Poitiers, pendant notre internat, vient prouver une fois de plus quelle quantité prodigieuse de lipomes on peut observer en même temps chez le même individu.

OBSERVATION II.

D... (Georges), âgé de 68 ans, menuisier, d'une bonne constitution, est entré à l'Hôpital général de Poitiers dans le service de M. le Dr Delaunay, le 27 décembre 1864, atteint d'une néphrite chronique, à laquelle il succomba le 22 janvier 1865. Il n'a jamais eu d'autres maladies. Son père et sa mère n'ont jamais rien présenté qui soit digne d'être noté.

Le nombre de lipomes dont il était recouvert avait tellement excité notre curiosité, que nous eûmes à cœur de la satisfaire, c'est-à-dire d'en savoir la quantité exacte. Bien que la tâche nous parût longue, nous ne reculâmes pas. Nous étant donc mis à l'œuvre, nous pûmes constater l'existence de 215 tumeurs de toutes grosseurs, depuis le volume d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une tête de fœtus. Sur ce nombre, une seule était grosse comme une tête, deux comme le poing, dix comme une noix, vingt-six comme une noisette, et les autres comme un grain de chènevis. Enfin, çà et là on remarquait, entremêlées, des tannes en assez grande abondance. Parmi ces lipomes si nombreux et de volume si varié, il y en avait qui affectaient entre eux une espèce de symétrie, tels étaient surtout ceux des membres, et en particulier ceux du membre supérieur. Passons à leur dénombrement :

Région antérieure du cou..........	5
Tronc, face antérieure............	79
— face postérieure	43
Membre supérieur................	57
Membre inférieur................	31
	215

Les plus gros étaient sous-cutanés, mobiles sous le doigt; les autres cutanés et saillants, ce qui les faisait ressembler aux tumeurs auxquelles on a appliqué la dénomination de tumeurs molluscoïdes. C'est la région antérieure de la poitrine qui en présentait le plus grand nombre, mais non les plus volumineux, on eût dit une espèce de semis. Le plus considérable siégeait à la fesse gauche, il était de la grosseur d'une tête d'enfant; point de changement de couleur à la peau, mollesse élastique et légèreté de la tumeur. Ceux du volume du poing existaient, l'un au niveau de l'épaule gauche, l'autre au-dessus de l'épaule droite. Parmi ceux qui étaient de la grosseur d'une noix, on peut citer ceux que l'on observait à chaque mollet et aux poignets; dans ces deux régions ils étaient symétriquement placés.

D... Georges ne put nous expliquer l'origine de ses tumeurs, dont la première, qui est celle de la fesse gauche, parut à l'âge de 30 ans. Ce n'est que depuis cette époque que les autres se sont manifestées successivement.

L'autopsie fut faite et l'on put constater, même à l'œil nu, que toutes les tumeurs que portait D... (Georges) étaient composées de tissu adipeux, et par conséquent étaient des lipomes. On ne trouva aucune autre tumeur lipomateuse dans les cavités splanchniques.

Cette observation est curieuse, non seulement quant au nombre considérable de lipomes observés, 215, mais encore relativement à la disposition que certains d'entre eux affectent par rapport aux autres. Considérée à ce dernier point de vue, elle se trouve confirmer l'opinion qui veut que les lipomes *multiples* soient le plus souvent *symétriques*.

Réunie aux trois observations suivantes, et en particulier à celle vraiment pleine d'intérêt recueillie à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Verneuil, par M. Petit, externe des hôpitaux, elle vient lever les doutes qui pouvaient exister dans l'idée de certains chirurgiens sur la question des *lipomes symétriques*.

OBSERVATION III (1).

Le nommé C... (Jacques-Hippolyte), âgé de 56 ans, paveur, né à Paris, est entré le 25 octobre 1854 à l'hôpital Beaujon. Cet homme a toujours eu une parfaite santé. Son père est mort à l'âge de 87 ans.

Il y a six ans, au milieu d'une santé excellente, il fit une chute, et six semaines après, il s'aperçut d'une tumeur qui débutait au côté gauche et au haut de la nuque, vers les insertions supérieures des muscles postérieurs du cou. Cette tumeur a toujours grossi et n'a pas tardé à être accompagnée de beaucoup d'autres qui sont venues insensiblement, et dont plusieurs ont un volume considérable. Elles ont la consistance, l'aspect, la forme, tous les caractères du lipome. Leur nombre est considérable. Il y en a sur presque tout le corps, au tronc et aux membres. Une remarquable symétrie s'observe dans leur distribution. Sur le tronc, des deux côtés de la ligne médiane, se rangent par paires des tumeurs de forme et de volume parfaitement semblables, en avant et en arrière. Aux membres, celles du côté gauche ont leurs analogues et occupent la ligne médiane, comme sous la mâchoire et au pubis.

Distribution et nombre des lipomes.

Partie antérieure. — 1. *Face.* Deux situés de chaque côté du maxillaire inférieur. Volume d'une petite orange.

2. *Tronc.* Épaules, deux de chaque côté, au niveau de l'extrémité externe de la clavicule. Même volume.

3. *Cou.* Deux de chaque côté à la partie antérieure; un impair sur la ligne médiane. Même volume.

---

(1) Bulletins de la Société de chirurgie, t. V, p. 296.

4. *Région thoracique.* Deux paires situées de chaque côté, au-dessus des seins. Deux au niveau du mamelon, très-volumineux, séparés par une ligne médiane.

Au-dessus de ceux-ci se trouvaient deux masses graisseuses formées de chaque côté, à gauche par une seule tumeur, à droite par deux.

5. *Région abdominale.* Deux volumineux comme la tête d'un fœtus à l'hypogastre. Un impair au pubis.

6. *Membre thoracique.* A droite et à gauche de la partie externe du deltoïde et sous chaque aisselle; en tout six.

7. *Membre abdominal.* De chaque côté de la cuisse, à la partie externe et au tiers supérieur, deux lipomes volumineux comme la moitié de la tête d'un fœtus.

Partie postérieure. Deux à la région mastoïdienne de chaque côté et au haut du raphé médian. Deux au bas de ce raphé et disposés sur ses côtés. Deux à l'angle inférieur de l'omoplate.

A la région dorsale on trouve, en outre, disposées par paires de chaque côté de l'épine vertébrale, dix tumeurs plus petites.

Lipomes pairs,	40
— impairs,	3
Total.	43

OBSERVATION IV (1).

« Un homme âgé de 38 ans, garçon de restaurant, couché au n° 64 de la salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu, raconte que depuis un an et demi une tumeur s'est formée à la région de la nuque, qu'elle s'est progressivement accrue sans occasionner la moindre

(1) Gazette des hôpitaux, n° 122, p. 485.

douleur, et que, quelque temps après, une autre tumeur naissait du côté opposé.

Actuellement le malade porte quatre lipomes à la région cervicale postérieure, un aux régions sous-hyoïdiennes de chaque côté du corps thyroïde, deux à la région épigastrique, symétriquement placés à droite et à gauche de la ligne médiane. En arrière, deux petits lipomes sont situés à la région dorsale ; il y en a deux à l'union de la région lombaire et de la région sacrée. Le nombre de ces tumeurs, on le voit, atteint le chiffre de douze : six de chaque côté de la ligne médiane, sur le tronc et le cou.

Les tumeurs les plus volumineuses sont celles qui existent à la région épigastrique ; elles ont le volume du poing. Elles présentent les caractères types du lipome, les limites nettes, la mollesse, la dépressibilité, la mobilité, la fausse fluctuation, et on y trouve encore cette particularité qui n'existe pas pour les autres lipomes, et sur laquelle Velpeau (1) a insisté, les adhérences multiples de la tumeur à la face profonde de la peau, adhérences qui sont révélées par de petites dépressions et un amincissement du tégument.

Les lipomes du cou sont sous-cutanés, ainsi que les lipomes précédents et ceux de la région dorsale et sacrée ; seuls les lipomes de la région sous-hyoïdienne sont profonds. Difficiles à circonscrire par la palpation, ils semblent nés au-dessous de l'aponévrose cervicale superficielle ; s'ils existaient sans les autres lipomes, on les pourrait prendre pour de simples engorgements ganglionnaires. »

OBERVATION V (2).

G..... (Alexandre), âgé de 45 ans, monteur en cuivre, est cou-

---

(1) Gazette des hôpitaux, 1861, p. 105.

(2) Recueillie par M. Petit, externe des hôpitaux, élève de M. Verneuil.

ché au n° 10 de la salle Saint-Louis, service de M. Verneuil. Ce malade est entré à l'hôpital Lariboisière, le 14 mai 1868, pour deux raisons : d'abord à cause d'une énorme tumeur sous-maxillaire, et ensuite à cause d'un affaiblissement très-grand datant de quelques semaines, ce qui le met dans l'impossibilité de continuer son travail.

Le malade ne donne que des renseignements très-vagues sur sa famille. Étant enfant naturel, il a très-peu connu son père, et il a perdu sa mère étant encore très-jeune ; toutefois il ne pense pas que ses parents aient été atteints d'affections diathésiques. Quant à lui, il n'y a rien de particulier à noter dans ses antécédents : jusqu'à l'âge de 20 ans, il a vécu à la campagne ; il était alors très-bien portant, et il nous affirme n'avoir jamais eu d'otorrhée, ni d'ophthalmie, ni de coryza chronique, ni d'abcès froids.

Il vint alors habiter Paris, et il entra comme homme de peine dans un magasin. Cependant son travail était très-modéré. Trois ans après, à l'âge de 25 ans, il a eu une blennorrhagie, qui, malgré un traitement régulièrement suivi, ayant consisté en cubèbe, copahu et injections, a duré près d'un an ; c'est la seule affection vénérienne qu'il ait eue. C'est à la même époque qu'il sortit de son magasin pour entrer dans une usine comme monteur en cuivre ; c'est une profession pénible, il demeurait toute la journée exposé à une chaleur excessive, et, malgré sa forte constitution, il se trouvait fatigué de son métier. Il lui arrivait souvent, ayant très-chaud, de sortir de son atelier et de se refroidir ; aussi avait-il de fréquentes bronchites, mais légères et de courte durée. Il en a une en ce moment qui dure depuis six semaines ; c'est la seule qui ait persisté aussi longtemps.

Il nous affirme n'être pas buveur. Chaque matin, avant d'aller à son travail, il prenait un petit verre d'eau-de-vie, et dans la journée 1 litre et demi de vin environ ; jamais d'excès, jamais d'absinthe, rarement du café.

Jusques il y a six mois, la santé de ce malade s'était maintenue

très-bonne, mais depuis il a perdu l'appétit, et en même temps il a été pris d'une diarrhée abondante, il allait jusqu'à seize fois par jour à la garde-robe, et cela sans cause connue. Par suite, ses forces ont considérablement diminué, et depuis six semaines il a été forcé de quitter son usine.

Depuis qu'il porte les tumeurs sous-maxillaires dont nous parlerons tout à l'heure, il a un peu de gêne de la respiration, il est vite essoufflé, il a de la peine à monter les escaliers; la nuit il a des accès de suffocation, mais jamais il n'a remarqué d'œdème du côté des membres inférieurs, il n'a jamais eu de palpitations, jamais d'affections cardiaques aiguës, jamais de rhumatisme.

Rien du côté des voies respiratoires, à part les bronchites que nous avons signalées.

Jamais de céphalalgie, mais il lui semble que ses idées sont moins nettes, son intelligence moins précise. Il répond lentement, et il a une certaine difficulté à trouver ses mots.

Quant aux organes des sens, aucun trouble, si ce n'est du côté de la vue. Celle-ci s'affaiblit lentement, et cela depuis plusieurs années, cinq ans environ.

Du côté des organes génito-urinaires, le malade ne mentionne que sa blennorrhagie déjà signalée. Jamais de troubles dans la miction, jamais de douleurs rénales.

Etat actuel. — Cet homme, bien qu'il nous affirme avoir beaucoup maigri depuis six mois, est encore gros, et, à en juger par le volume des os et des masses musculaires, il a dû jouir d'une robuste constitution.

Région sous-maxillaire. — Cette région est déformée par la présence de plusieurs tumeurs dures plus ou moins volumineuses. Pas de changement à la couleur de la peau, pas de saillies veineuses. Un peu à droite de la ligne médiane on sent une tumeur dure, indolente, que le malade dit avoir toujours ressentie. Il ne se rappelle pas l'époque de son apparition, mais elle n'a jamais causé de douleurs. Cette tumeur, du volume d'une petite noix,

est mobile sous la peau et paraît unie à une masse pathologique. Il y a six mois, d'autres tumeurs se sont montrées : c'est d'abord en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur qu'elles ont apparu, puis successivement elles ont gagné la région sous-maxillaire, ont franchi la ligne médiane et sont venues occuper le côté droit. Le malade est bien précis sur ce mode de développement. Actuellement, il y a donc au premier abord une sorte de symétrie dans la déformation de la région. Il y a là une masse dure, indolente, mobile, n'ayant contracté que de faibles adhérences avec la peau, qui a conservé son état normal, et au milieu de cette masse on sent plusieurs saillies arrondies offrant les mêmes caractères que la masse, saillies semblables à celles que nous avons décrites plus haut. Les veines ne font point saillie sous la peau. On ne sent pas de battement dans la tumeur, pas de bruit de souffle.

Triangle sus-claviculaire. — On sent quelques tumeurs offrant les mêmes caractères que les précédentes, seulement plus petites.

Aisselle. Aine. Région épitrochléenne. Région poplitée. — Aucune tumeur.

Paroi abdominale. — A droite et à quelques centimètres en dehors de la ligne blanche existe une tumeur du volume d'un œuf de poule, et offrant au toucher tous les caractères du lipome. Le malade ne peut pas préciser l'époque de l'apparition de cette tumeur, Du côté gauche, et sensiblement à la même distance de la ligne médiane, existe une autre tumeur, mais beaucoup plus petite, du volume d'une petite bille, offrant les mêmes caractères que la précédente.

Membres supérieurs. — A la face postérieure du bras, sur la ligne médiane, et à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'olécrâne, existe de chaque côté une petite tumeur allongée verticalement, mobile, indolente, sans changement à la peau. Sur le bord interne de cette même face postérieure existent deux autres petites tumeurs parfaitement symétriques, et dans leur position et dans

leur forme, et offrant toujours les mêmes caractères que les précédentes.

A l'avant-bras, le long du bord cubital, au tiers supérieur de l'os et à chaque membre, une petite tumeur analogue aux précédentes.

Enfin à la face antérieure du pli du coude, deux autres tumeurs symétriques, indolentes et mobiles comme les autres.

Membres inférieurs — Rien.

Thorax. — Au niveau de la quatrième côte, à 5 centimètres environ du sternum de chaque côté, une tumeur de tous points semblable aux précédentes.

Je le répète, le malade n'a pu nous donner aucun renseignement sur l'époque d'apparition de ces tumeurs; il ignorait même l'existence de plusieurs, ce qui se comprend vu leur petit volume.

Toutes ces tumeurs, sauf cependant celles du cou et de la région sous-maxillaire, sur lesquelles on porte le diagnostic *adénie*, sont considérées comme des *névromes plexiformes*, surtout à cause de leur parfaite *symétrie*.

Appareil respiratoire. — Pas de changement à la percussion; à l'auscultation, quelques râles de bronchite, le malade tousse un peu.

Cœur. — Rien à noter, ni à la percussion, ni à l'auscultation. De même rien du côté de l'appareil circulatoire.

Appareil digestif. — Perte d'appétit. Diarrhée toujours abondante. Pas de vomissements. La rate a augmenté de volume. Le foie dépasse un peu le bord inférieur des fausses côtes, il ne remonte pas plus haut qu'à l'état normal.

Système nerveux. Organes des sens. — Pas de troubles dans la sensibilité. Pas de troubles cérébraux, si ce n'est un peu d'engourdissement de l'intelligence.

Rien à noter du côté des organes des sens, si ce n'est une faiblesse de plus en plus grande de la vue.

14 mai et jours suivants jusqu'au 27. Le malade s'affaiblit

chaque jour. L'appétit ne revient pas. La diarrhée continue malgré la thérapeutique. Aucun changement dans l'état des tumeurs. Le 27 mai il passe dans le service de M. Hérard (salle Saint-Landry), et le 28 au matin il meurt presque subitement.

Signalons l'examen du sang, qui a été fait le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital Lariboisière. On n'a pas constaté l'augmentation dans le nombre des globules blancs.

Autopsie. L'examen des tumeurs *symétriques* des bras, du thorax et de l'abdomen, montre qu'on avait là des *lipomes.* Sur le côté droit de l'abdomen au-dessous d'un petit lipome semblable à celui qu'on rencontre sur le côté opposé, on trouve une tumeur hydatique logée dans l'épaisseur du muscle grand droit abdominal. Quant aux tumeurs du cou, on a pu constater qu'on n'était pas en présence d'une *adénie*, mais d'un *cancer généralisé* dans les ganglions sous-maxillaires; ceux de l'aisselle et de l'aine commençaient à se prendre; les mésentériques et les bronchiques étaient également malades. En outre, le foie, les reins, la rate, l'estomac ont également subi la dégénérescence cancéreuse.

Nous pourrions encore citer ici le cas observé par le D[r] Onimus, mais nous préférons n'en rapporter l'observation que lorsque nous parlerons du traitement.

Désormais la *symétrie des lipomes* étant confirmée par des autopsies, et par suite n'étant plus une question, sera définitivement inscrite dans la science.

Forme. — Les lipomes sont ordinairement des tumeurs arrondies, hémisphériques; mais il y en a qui, sous une influence quelconque, perdent leur forme primitive. Certains se pédiculisent, et cela, quand ils ont pris naissance dans le derme, et tiennent de bonne heure à la peau par des adhérences plus ou moins nombreuses. On peut noter comme lipomes ayant affecté cette singu-

lière forme, ceux observés par Gerdy, Huguier, Foucher. Ces faits sont rares.

Souvent les tumeurs lipomateuses sont inégales, lobulées; d'autres fois, tout en présentant ces irrégularités, le lipome s'étale en nappe comme dans le cas de M. Huguier (*Bulletins de la Société de chirurgie*, tome VIII, 1re série, p. 165).

Parfois, ils sont ovoïdes : ce sont les lipomes des membres qui se montrent de préférence sous cette forme.

M. Bœckel (*Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 30, n° 8) a même observé et opéré avec succès un lipome de l'avant-bras en bissac, développé des deux côtés du ligament interosseux.

Müller en a signalé qui offraient une forme arborescente, tels sont ceux qui se développent dans les articulations, dans les plis et les villosités de la synoviale, dans les prolongements du péritoine et dans d'autres membranes séreuses.

Enfin, ils peuvent entourer un organe, comme une véritable capsule, tels sont les lipomes intra-orbitaires, ceux du cœur, du rein, etc.

Volume, *poids*. — On ne saurait fixer de limite au volume des lipomes. Celui-ci est très-variable, puisqu'on en a vu de toutes grosseurs, depuis celle d'un haricot jusqu'au volume énorme de plusieurs têtes réunies. Dans ce cas, ils retombent sous forme de sac, comme dans nos observations qui vont suivre :

OBSERVATION VI.

Marcelline N..., âgée de 12 ans, est entrée le 20 mai 1865 à l'Hôtel-Dieu de Poitiers, salle Sainte-Marie, dans le service de M. Dr Jallet. Elle paraît d'une assez bonne constitution et n'a jamais eu d'autres maladies que la tumeur pour laquelle elle est entrée à l'hôpital. Sa figure ferait penser qu'elle est bien plus âgée qu'elle ne l'est réellement, et l'inspection de ses membres indique

une atrophie musculaire très-prononcée surtout dans le membre supérieur gauche. Elle n'est pas régiée; quoique un peu pâle, elle jouit d'une bonne santé.

Aucune espèce d'affection diathésique chez ses parents.

Elle porte trois lipomes, dont un est très-considérable, il a son siége sur le dos. Partant de la région cervicale, il s'étale entre les deux épaules, plus cependant à gauche qu'à droite, et retombe sur la région lombaire. En voici les mesures exactes :

Circonférence de la base...........	0.80
Diamètre vertical..................	0,67
Diamètre transversal..............	0,39

Circonférence de la tumeur au point où elle se détache du dos, 0,76. Cette première tumeur se continue par une seconde masse graisseuse qui sert à la rallier à une troisième, dont le volume égale celui d'une tête de fœtus. Celle-ci est située dans la région latérale gauche du cou et présente les dimensions suivantes :

Circonférence de la base..........	0,40
Diamètre vertical..................	0,14
Diamètre trrnsversal..............	0,18

Ces tumeurs sont légèrement dures, immobiles, complétement indolentes, implantées par une large base, et paraissent envahir les tissus profonds. La peau qui les recouvre est amincie, et a conservé sa couleur normale; elle est sillonnée par des veines variqueuses.

La mère de cette jeune fille nous dit que c'est la tumeur du dos qui a paru la première, et cela à l'âge de 4 mois; à cette époque, elle avait le volume d'un petit œuf de pigeon. Depuis lors, elle a augmenté peu à peu de volume et avait déjà acquis le volume d'une tête d'enfant lorsqu'on observa le lipome du cou. Bientôt la partie saine qui existait entre ces premières tumeurs devint plus

volumineuse, en sorte qu'au moment où nous observons Marcelline M..., on dirait une seule et même tumeur, mais formant trois lobes principaux assez distincts.

Pendant son séjour à l'hôpital, vers le 10 juin, la peau s'ulcéra au niveau de la partie la plus inférieure de la tumeur, qui retombe comme une poche sur la région lombaire. Le volume et par suite le poids de cette masse sont si considérables que, lorsque notre jeune fille veut marcher, elle est obligée de se courber fortement en avant, afin de ne point perdre l'équilibre ; aussi la marche lui étant devenue insoutenable, elle préfère garder le lit que d'avoir sans cesse à lutter contre un pareil poids. Comme sa tumeur lui servait pour ainsi dire de coussin, le frottement et la compression qui existaient constamment au niveau des ulcérations, déterminèrent en ce point une petite inflammation que l'on chercha à arrêter par des cataplasmes souvent répétés. Le Dr Jallet, voyant que la tumeur empirait tout en augmentant de volume, après mûre réflexion et sur les instances de la jeune fille et des parents, décida qu'il pratiquerait l'opération.

Le 6 juillet, après avoir soumis la jeune fille aux inhalations d'éther, ce chirurgien fait l'ablation de ces trois lipomes. Muni d'un grand couteau à amputation, le Dr Jallet va d'un seul coup jusqu'aux muscles tout en prolongeant verticalement son insision jusqu'à la partie la plus inférieure de la tumeur. Le muscle trapèze est ensuite divisé ; au-dessous de lui se trouve un tissu graisseux très-abondant, qui, s'étalant sous les muscles voisins, se prolonge au milieu de ceux de la couche profonde. Une dissection minutieuse entraîne le chirurgien jusqu'aux muscles des gouttières dorsales, où l'on voit des masses graisseuses pénétrer dans les interstices des muscles de cette région et même entre les apophyses transverses de la colonne vertébrale. Après avoir enlevé tous ces paquets graisseux, le chirurgien prolonge sa première incision en la dirigeant vers la tumeur du cou. Aussitôt, une seconde tumeur se présente à nos yeux; elle est énucléée, mais non sans

quelques difficultés. A ce moment survient une hémorrhagie veineuse, qui ne tarde pas à s'arrêter, ce qui permet de poursuivre l'opération en cherchant à extirper la tumeur du cou, qui exige une dissection d'autant plus laborieuse qu'elle est adhérente aux parties profondes par des pédicules assez nombreux qui sont coupés, dans la crainte de faire de graves lésions. Il procède ensuite à la section des lambeaux de la peau, qui sont le siége d'ulcérations, et se prépare à faire la réunion et le pansement, quand le pouls baisse subitement. Au bout de quelques minutes la malade reprend un peu ses forces, ce qui permet de terminer le pansement. Mais à peine est-elle couchée que le pouls faiblit de nouveau et avec une rapidite incroyable, si bien que c'est en vain qu'on fait des frictions et qu'on lui applique des révulsifs pour la ranimer. En effet, à peine y a-t-il une demi-heure que l'opération est terminée qu'elle expire entre nos bras.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION VII.

Mme F..., âgée de 61 ans, très-bien constituée, a toujours joui d'une santé excellente. Ses règles, qui ont été très-régulières, ont disparu depuis onze ans. Elle n'a jamais eu d'enfants. Rien dans la famille qui doive être signalé.

Elle porte deux tumeurs qui siégent sur le côté gauche du corps. La première, qui date de dix ans, s'observe à la face externe et un peu postérieure de la région moyenne du bras; elle affecte une forme légèrement allongée dans le sens du membre; plus grosse que le poing, elle est sous-cutanée, mobile sous la peau, qui elle-même est entièrement saine. Au toucher elle donne une sensation de souplesse assez caractérisée. Si elle est indolente, elle produit en revanche une gêne qui nécessite l'usage de vêtements larges pour en cacher la difformité. Son accroissement s'est opéré lentement et graduellement, d'une manière presque insensible. La se-

conde, qui est plus ancienne, puisque son apparition remonte à l'âge de 36 ans, est placée à la face externe et postérieure de la région supérieure de la cuisse. Elle occupe toute la région iliaque externe, et ne dépasse pas le bord iliaque. Son volume est tellement considérable qu'elle retombe sur le membre inférieur à la façon d'un sein, dont elle donne, à peu de chose près, la sensation. Comme celle du bras, elle est molle, souple, indolente, légèrement mobile, non fluctuante; mais au milieu de cette masse compacte, on sent une partie plus dure, dont le volume peut égaler celui d'un œuf de poule. La gêne qu'elle détermine est pire que celle produite par la tumeur brachiale. En effet, Mme F... ne peut supporter les trop longues marches, étant sans cesse obligée de lutter contre un pareil poids qui, malgré une attention calculée dans le but de dissimuler cette difformité, la force, à son insu, à s'incliner du côté droit. A la voir de loin, après une course assez longue, on la croirait atteinte de claudication. Elle nous dit que ses tumeurs n'ont jamais subi de variations sous quelque influence que ce fût. Quant à la cause, elle lui paraît tout à fait inconnue, car elle nous raconte d'elle-même qu'elle n'a jamais reçu de coups, et ne s'est pas heurtée contre des corps qui auraient pu la contusionner. Tous les médecins qui ont été consultés ont été d'accord pour le diagnostic; ils ont tous dit que c'étaient des lipomes. Nous-même, nous avons vu plusieurs fois Mme F..., qui a bien voulu nous permettre d'en prendre l'observation dans tous ses détails.

Malgré la gêne que lui causaient de semblables tumeurs, elle n'avait jamais songé à se faire opérer, lorsqu'au milieu de juin 1867, elle nous pria de vouloir bien l'accompagner chez Velpeau. L'examen de l'illustre chirurgien vint confirmer le diagnostic qui avait déjà été porté. Il conseilla l'ablation du lipome du bras, vu la gêne et la difformité qui résultaient du siége et du volume de cette tumeur, dont l'énucléation constituerait une opération peu grave. Quant au lipome du membre inférieur, il engagea à n'

point toucher, prenant en considération son indolence, son siége et surtout l'âge de la personne.

Au mois d'août dernier nous avons revu Mme F... ; elle portait encore ses deux tumeurs, ayant toujours reculé devant l'opération. Sa santé, toujours florissante, nous a frappé, eu égard à son âge et aux inquiétudes toujours nouvelles que lui occasionne son affection.

Tout le monde connaît les observations de lipomes énormes rapportés par Rhodius, Chopart, Garangeot, etc.

Le lipome cité par Rhodius pesait 30 kilogrammes;

Celui de J.-L. Petit, 22 kilogrammes;

Celui de Pelletan, 11 kilogrammes;

Celui du dos de la jeune fille citée dans notre observation, 15 kilogrammes 146 grammes; il mesurait à la base d'implantation, 0 m.80 cent. de circonférence.

On trouve dans les *Mélanges de chirurgie étrangère* l'histoire d'un lipome extirpé par Maunoir de Genève. La tumeur, qui avait trois pieds de circonférence dans sa partie la plus volumineuse, avait son siége à la nuque et au dos.

Pelletan a opéré avec succès une jeune femme qui portait à la base de la poitrine un lipome dont le pédicule présentait un diamètre de 43 centimètres.

Gerdy a enlevé un lipome de la cuisse plus gros que deux têtes. On en voit le moule exposé dans le musée Dupuytren.

Le jeune homme opéré par Gensoul portait une tumeur lipomateuse qui descendait, sous forme de sac, jusqu'au jarret, comme les observations que nous avons recueillies en sont de nouveaux et non moins remarquables exemples.

Structure. — Les belles recherches de M. Verneuil, consignées dans les Bulletins de la Société de biologie (tome I, 2e série, p. 11), sont venues jeter une véritable lumière sur la structure intime du

lipome. Aussi, les principaux détails dans lesquels nous allons entrer sont-ils puisés en grande partie dans la publication émanée de cet auteur, dont le jugement égale l'immense talent.

Le mobile de ses recherches a surtout été d'éclaircir la question de l'hypertrophie des vésicules adipeuses. A cet effet, il a examiné cinq lipomes, qu'il avait enlevés sur le vivant ou trouvés sur des cadavres destinés aux dissections. Sachant que le volume des vésicules adipeuses diffère chez les individus, suivant les régions, et est aussi variable suivant les âges, il a pris toutes les précautions nécessaires pour apprécier rigoureusement le degré d'accroissement de cet élément anatomique, lorsqu'il vient à former des néoplasmes. Ainsi, lorsqu'il soumit à son examen des lipomes recueillis sur le cadavre, il étudia comparativement avec les mêmes grossissements, mais toujours muni d'un micromètre : 1° le tissu adipeux du lipome, 2° le tissu adipeux recueilli dans les régions voisines, mais hors des limites de la tumeur, et 3° quant il a analysé des lipomes enlevés sur le vivant, il a toujours pris dans les mêmes régions et sur des sujets du même âge des fragments de tissu adipeux sous-cutané. En agissant de la sorte, il a fait comme tout observateur consciencieux et sincère, par suite il s'est mis à l'abri de l'erreur et des objections. Aussi peut-on donner comme concluants les résultats qu'il a obtenus.

Les masses lipomateuses sont composées de lobes et de lobules adipeux, qu'on peut assez facilement isoler. Entre elles, existent des cloisons celluleuses le plus habituellement minces, constituées par un tissu plus ou moins lâche. Ces tumeurs sont peu riches en vaisseaux capillaires, quelquefois cependant on peut voir, même à l'œil nu, certains réseaux vasculaires qui serpentent au milieu des cloisons interlobulaires. Presque toujours, au niveau de la tumeur, les veines sous-cutanées sont dilatées. Examinés au microscope, les lipomes sont entièrement formés de tissu cellulaire et de vésicules adipeuses. Celles-ci sont en très-grand nombre; groupées plusieurs ensemble, elles sont entourées d'une enve-

loppe celluleuse commune, mince, faisant défaut en certains points, Des fibres de tissu cellulaire, dans lequel existent quelquefois des vaisseaux capillaires, la constituent. Tandis que les cellules adipeuses normales ont 0,03 de millim.; celles des lipomes mesurent 0,06 à 0,07, certaines même atteignent ou dépassent un dixième à un dixième et demi de millimètre de diamètre. Ces vésicules, que nous appellerons lipomateuses, sont plus transparentes, à contour plus délicat, plus ténu que celles du tissu adipeux ordinaire.

Puisque l'examen microscopique nous révèle une augmentation dans le nombre et un accroissement dans le volume des éléments anatomiques de ce tissu, nous avons donc eu raison de dire, dans notre définition, que le lipome n'est autre chose que le résultat d'une hyperplasie et d'une hypertrophie des cellules adipeuses.

Comme on le voit, l'élément celluleux n'établit pas toujours une séparation complète entre chaque lobe, entre chaque lobule, et lorsqu'il existe, il est formé par des prolongements qui partent de la surface interne de la grande lame celluleuse qui enveloppe la totalité du lipome. Quand la tumeur lipomateuse a suppuré, il arrive que cette capsule celluleuse adhère à sa surface, ce qui en rend difficile, pour ne pas dire impossible, l'énucléation.

La graisse contenue dans les vésicules est liquide. Cependant, quand on examine ces vésicules au microscope, l'on y trouve quelquefois des cristaux de margarine. En général, la présence de ces cristaux est attribuée au refroidissement; car on admet qu'à la température ordinaire, l'oléine qui se trouve dans le composé graisseux est en quantité suffisante pour maintenir la margarine liquide (le point de fusion de l'oléine est à — 4°, celui de la margarine à — 49°).

Dans certains cas, au lieu d'un lipome pur, on trouve des fibro-lipomes; alors les cloisons sont plus nombreuses, plus résistantes,

plus épaisses, c'est la tumeur *adipo-fibreuse* de M. Cruveilhier M. Trélat a observé cette combinaison (1).

Ordinairement les lipomes forment une masse compacte; quelquefois néanmoins on y a trouvé des cavités. Tel est le lipome de la région frontale que M. Broca (2) a présenté à la Société anatomique. Il était creusé d'une cavité centrale entièrement dépourvue de liquide, seulement on y voyait un grand nombre de petits corps pédiculés, fibreux, qui faisaient saillie dans son intérieur. D'autres fois on a trouvé du pus au milieu de la masse de la tumeur, ce qui ne doit pas étonner, puisque le lipome est susceptible de s'enflammer (3).

Celui opéré par M. Demarquay, le 5 septembre 1867, à la Maison municipale de santé, prouve que ces tumeurs peuvent se ramollir, mais sans toutefois dégénérer en cancer, et alors elles se présentent à l'observateur sous un aspect semi-liquide. Gluge (*op. cit.*) a décrit un genre de lipome qu'il nomme colloïde; depuis, nous ne sachons pas que personne ait rencontré ce genre d'altération. Elle paraîtrait consister en un tissu mou, gélatineux, composé de globules de graisse, de débris de cellule et d'autres cellules contenant beaucoup de noyaux, particulières au tissu colloïde. Toutes les parties du lipome, le tissu cellulaire, les vésicules encore existantes, seraient très-molles, faciles à déchirer, à écraser.

Quelquefois, au contraire, on rencontre des tumeurs adipeuses contenant des concrétions calcaires. Ainsi M. Cruveilhier (*op. cit.*), qui ne croit pas ce cas très-rare, dit avoir vu au centre d'un lipome de la région axillaire du volume de la tête d'un enfant des concrétions phosphatiques. Il cite encore un lipome très-considérable de l'avant-bras, présenté à la Société anatomique par

---

(1) Trélat. Bulletins de la Société anatomique.
(2) Bulletins de la Société anatomique, 1851, p. 235.
(3) Hébert. Thèse de Paris, 1849, n° 27.

M. Broca, et qui offrait à sa partie inférieure des concrétions calcaires ayant la dureté de l'agathe.

M. Giraldès (1) a présenté à la Société de chirurgie un lipome dont le centre était formé de matières grasses mêlées de granules de sels calcaires.

On a signalé aussi un développement exagéré des vaisseaux capillaires dans l'intérieur des tumeurs adipeuses. Ainsi Walter (2) regarde comme une variété particulière le nævus lipomatodes, lipome congénital du tissu cellulaire sous-cutané, combiné avec une modification du chorion. Toutefois, il n'est jamais bien limité (Nélaton). Le lipome télangiectasique (3) rentre dans cette classe.

M. Billroth dit, dans ses Éléments de pathologie chirurgicale générale, qu'il a observé deux fois dans les lipomes une ectasie caverneuse des veines (*loc. cit.*).

SYMPTOMATOLOGIE.

Le lipome se présente à l'observateur sous la forme d'une tumeur plus ou moins bien circonscrite, ordinairement hémisphérique, molle, indolente, sans changement de couleur à la peau. Le plus souvent à la palpation on éprouve la même sensation que lorsqu'on touche un sein; en effet, il semble qu'on a sous la main un corps souple, pour ainsi dire spongieux, mais qui n'est ni résistant ni pâteux. Cette affection étant tout à fait indolente, la plupart des malades ne s'aperçoivent qu'ils portent une tumeur que lorsque celle-ci a acquis un certain volume. Comme le lipome est le plus souvent sous-cutané, on le sent, au moins au début, mobile sous la peau, roulant sous le doigt. Cette mobilité persiste

---

(1) L'Union médicale, 1853, n° 88.

(2) Vogel. (Op. cit.)

(3) Gosselin. Bull. de la Soc. anat., 1842, p. 208.

ordinairement pendant toute la vie, lors même qu'il a atteint des proportions énormes. Son accroissement se fait d'une manière peu uniforme; ainsi, tantôt il sera progressif, mais très-lent, tantôt il fera des progrès rapides pour rester définitivement stationnaire; tantôt enfin, après être resté longtemps stationnaire, il prendra subitement un développement considérable qui inquiète habituellement beaucoup les personnes qui le portent. Ordinairement, il n'existe qu'un seul lipome qui peut acquérir un tel volume, qu'il retombe sous forme de sac, et par suite entrave la marche, comme nous en avons été frappé chez les malades qui ont été l'objet de nos observations. D'autres fois il y a multiplicité des lipomes, affectant dans quelques cas une *symétrie* qui étonne au premier abord. Outre les observations que nous avons rapportées et qui en sont une preuve bien manifeste, nous ajouterons le cas d'une vieille femme que nous avons vue l'année dernière, à l'hôpital des Cliniques, dans les salles de M. Léon Labbé, alors chargé du service. Cette femme, entrée à l'hôpital pour une fracture du col du fémur, portait au membre supérieur seul des lipomes *multiples* et *symétriques*. Elle succomba pendant son séjour dans les salles, et l'autopsie, qui put être faite, vint confirmer le diagnostic qui avait été porté sur la nature de ces tumeurs. L'examen microscopique, fait par M. Hénocque, montra bien que c'étaient des *lipomes* purs.

La sensation de fluctuation que donnent certaines tumeurs lipomateuses, devient souvent une cause d'embarras pour porter un diagnostic précis, et donne presque toujours le change au chirurgien même exercé. Il en est de même lorsqu'on perçoit une véritable crépitation (1). On s'est beaucoup étonné de trouver de la fluctuation dans les lipomes, on a même discuté l'explication à en donner, pourtant les choses nous paraissent assez simples. La

---

(1) Gazette des hôpitaux, n° 68, p. 271.

graisse, comme nous l'avons dit, est liquide dans les vésicules; les cloisons de tissu cellulaire peuvent seules, pour ainsi dire, arrêter ou atténuer un choc communiqué en un point de la tumeur. Or, ces cloisons étant très-minces et incomplètes en beaucoup d'endroits, le flot peut en quelque sorte se transmettre d'un point à l'autre, comme dans une nappe de liquide non interrompue. On pourra donc sentir de la fluctuation lorsque les cellules seront très-grandes et le tissu cellulaire peu abondant; car rien ne peut arrêter l'ondulation produite sur un point de la tumeur et qui se communique de vésicules en vésicules.

Quant à la crépitation, elle se produit par l'écrasement de quelques lobules graisseux.

Quelquefois, au milieu de la masse lipomateuse, on aura la sensation d'un corps très-dur; cela tient à l'existence de concrétions calcaires, qui sont presque toujours le résultat de quelque phlegmasie chronique.

Quoique la plupart des lipomes soient indolents, il y en a quelques-uns qui produisent de la douleur (Nélaton); mais ce qu'il y a de très-remarquable, c'est que la douleur se fait sentir à une certaine distance, dans le voisinage, d'où le nom de *douleurs à distance*. Celles-ci se font sentir quelquefois dans un point assez éloigné, à 15, 20 cent., et leur siége n'est pas explicable par la compression d'un filet nerveux comprimé par la tumeur. Ainsi, dans certains cas de lipomes situés à la partie antérieure du deltoïde, la douleur était au coude; ou encore douleur dans la poitrine à droite, lorsque la tumeur siége à l'épaule gauche.

Comparé aux autres tumeurs, le lipome a une densité assez faible, aussi le poids comparé au volume, surtout lorsque celui-ci est considérable, sera-t-il un signe précieux pour le chirurgien. La surface du lipome est tantôt unie, tantôt inégale, bosselée, ce que l'on constate lorsqu'il est formé de plusieurs lobes principaux, qui eux-mêmes se subdivisent en un certain nombre de petits lobules.

A mesure que ses proportions augmentent, la peau qui le recouvre se distend, s'amincit, s'étale à sa surface. Les veines sous-cutanées se dilatent. Aucun symptôme ne précède l'apparition de ce genre de tumeurs, le malade n'éprouve aucune douleur, et il ne se manifeste aucun changement à la coloration de la peau.

Lente à apparaître, la tumeur lipomateuse affecte ensuite une marche graduelle et ne cause pas la moindre douleur : aussi passe-t-elle inaperçue jusqu'au jour où par son volume elle vient déterminer une gêne assez grande.

La durée de la vie n'est pas abrégée d'un seul jour par les lipomes, même lorsqu'ils sont multiples : ainsi celui qu'extirpa Maunoir, de Genève, avait duré plus de quarante ans. Le malade dont M. Broca a fait l'autopsie avait vécu quarante-sept ans avec ses lipomes. Nous-même nous en avons vu qui avaient plus de trente années de date, sans que la santé générale des personnes qui les portaient en eût subi la moindre influence. Nous en dirons autant des individus qui sont atteints de diathèse lipomateuse ; leur état général n'en paraît souffrir en aucune façon.

Les lipomes peuvent s'enflammer et s'ulcérer, et ce n'est que sous cet aspect que quelques malades viennent les montrer au chirurgien. Dans ces cas, qui sont du reste assez rares, le fond de la plaie est constitué par une masse jaune rougeâtre, au milieu de laquelle on voit çà et là quelques bourgeons charnus; parfois les bords de l'ulcère sont décollés.

Ce sont des coups, des chutes, des frottements ou une pression trop longtemps continuée, qui donnent lieu à ces complications, car nous ne pensons point que le lipome puisse s'enflammer spontanément. Abernethy (1) et M. Hébert (2) sont les deux auteurs

---

(1) Mélanges de chirurgie étrangère.
(2) Thèse de Paris, 1849.

qui se sont le plus occupés de cette terminaison du lipome; on pourra consulter leurs travaux avec fruit.

La terminaison par gangrène a été aussi observée.

Il est un dernier mode de terminaison que quelques médecins admettent encore; nous voulons parler de sa dégénérescence cancéreuse. Les lipomes peuvent-ils donc se changer en cancer? Avec la plupart des auteurs nous ne le croyons point; nous pensons, avec M. le professeur Nélaton, que les lipomes que l'on a dit s'être transformés en cancer n'étaient rien moins que des stéatomes. Or le stéatome n'étant qu'un degré d'une variété de cancer, comme M. Nélaton l'a établi dans son *Traité de pathologie chirurgicale*, on ne doit pas être surpris de le voir passer par toutes les phases des tumeurs cancéreuses. La meilleure preuve à l'appui de notre assertion se trouve manifeste dans l'observation de M. E. Petit. Celle-ci, que j'ai rapportée dans tous ses détails, nous montre que le lipome et le cancer constituent deux diathèses bien distinctes, pouvant vivre en quelque sorte entièrement indépendantes l'une de l'autre sur le même sujet. Si jamais ce genre de tumeur graisseuse était susceptible de dégénérer, c'eût été bien évidemment en pareil cas. Un fait aussi concluant nous permet donc d'affirmer que jamais le lipome ne dégénère en cancer, puisque là où existait une diathèse cancéreuse aucun des lipomes n'a subi la moindre transformation.

ÉTIOLOGIE.

Autrefois on attribuait le lipome à certaines causes qui aujourd'hui ne doivent plus avoir rang dans la science, par suite des progrès de l'anatomie. Aussi n'est-ce que pour mémoire que nous dirons qu'on croyait alors à l'oblitération de certains conduits excréteurs de la graisse, au relâchement de la peau et à la perte de cohésion ou de résistance des vésicules adipeuses. De semblables idées n'étaient que le résultat de la théorie de G. Hunter, sur la sécrétion de la graisse.

On a vu des coups, des frottements trop souvent répétés donner quelquefois lieu à la formation d'un lipome. De semblables causes nous paraissent un peu hypothétiques. Comment alors expliquerait-on la production de lipomes *multiples?* Pour nous la multiplicité de ces tumeurs provient d'une *diathèse hypertrophique* portant sur l'ensemble du système adipeux ; toutefois on ne confondra pas ce cas avec celui de la polysarcie généralisée. Les lipomes ne siégent pas seulement sous la peau, ils peuvent aussi se rencontrer même dans les tissus sous-séreux, sous-muqueux et entre les muscles, mais ils tendent toujours cependant à se limiter à certains tissus qui semblent prédestinés. Pour Virchow, le développement des lipomes serait dû à un certain *état d'irritation* qui existerait dans le tissu graisseux. Quant à nous, nous n'hésitons pas à admettre avec M. le professeur Cruveilhier (1) une *diathèse* que nous appelons *lipomateuse*, et nous croyons qu'il faut chercher les causes premières de la formation locale de ces tumeurs dans les propriétés spécifiques de toute l'organisation individuelle.

Une alimentation très-grasse, l'abus de l'eau-de-vie, de la bière, peuvent intervenir comme causes déterminantes. Ce qui tend à le prouver, c'est le développement énorme qu'acquièrent certains appendices épiploïques, surtout chez ceux qui font un usage exagéré des alcooliques.

L'obésité en général étant un peu héréditaire, la diathèse lipomateuse peut quelquefois l'être également. Ainsi, Murchison (2) cite une famille où le père et les deux filles avaient des lipomes aux parties à peu près correspondantes des bras. Johnson (3) rapporte un cas dans lequel le père et le fils avaient un lipome à la région dorsale.

---

(1) Loc. cit , t. III, p. 328.
(2) Edinb. med. journ., 1857, juin.
(3) Britisch medical journal, 1857, VII, XII.

Enfin les lipomes peuvent être congénitaux, tels sont ceux que M. Hervez de Chégoin a enlevés sur deux enfants habitant la même ville. Lorsqu'il les opéra, l'un des malades avait 1 an et demi : sa tumeur s'étendait depuis la nuque jusqu'au sacrum, et l'autre 4 ans : sa tumeur était un peu moins volumineuse. On trouve le lipome congénital décrit sous le nom de *nævus lipomateux* dans une célèbre monographie due à Phil. Walther.

DIAGNOSTIC.

Il est en général facile. En effet, toute tumeur souple, mobile, indolente, à marche lente et graduelle, n'ayant exercé aucune influence sur l'état général, et qui, tout en siégeant dans une région riche en tissu adipeux, aura une structure lobée, ne pourra en aucune façon embarrasser le chirurgien. Mais il n'en est pas toujours de même, le lipome pouvant quelquefois présenter deux signes qui en rendent le diagnostic très-difficile, même pour les praticiens les plus exercés, ce sont la fluctuation et la crépitation. Ces deux signes objectifs ont presque toujours déjoué la sagacité des hommes de l'art, même les plus recommandables.

On peut confondre des lipomes avec les abcès froids, les kystes, les tumeurs cancéreuses, les tumeurs érectiles, les anévrysmes, et enfin avec les fibromes et les névromes plexiformes. Passons en revue les éléments de diagnostic propres à chacune de ces tumeurs.

Lorsqu'on ressentira une fluctuation très-manifeste, accompagnée de résistance et d'une certaine tension, on pourra presque toujours affirmer qu'on a affaire à un abcès froid, ce qu'une ponction exploratrice viendra confirmer s'il sort du pus, car dans les cas de tumeur lipomateuse on donne par ce moyen issue à du sang.

La fluctuation peut aussi faire songer à un kyste, mais alors il faut bien se rappeler que les kystes sont plus tendus et moins

diffus que le lipome. Dans celui-ci, comme il existe une masse assez compacte, il est impossible, en pinçant la tumeur, d'obtenir, comme dans les kystes, le contact réciproque des points opposés. Tandis que dans les kystes, lorsqu'on les serre entre les doigts, on ne rencontre que leurs parois, plus la peau qui les recouvre, dans le lipome au contraire on trouve une épaisseur bien plus considérable. Dans ces cas, certains praticiens attachent une grande importance à la sensation lobuleuse que donne le toucher : ainsi une tumeur du dos qui avait été prise par Marjolin et Sanson pour un kyste contenant du liquide fut reconnue par Lisfranc pour être un lipome par l'impression qu'il en ressentit en la saisissant à pleines mains. On pourrait confondre avec le lipome un kyste hydatique, comme chez le malade du service de M. Verneuil. Dans ce cas, le frémissement propre à ces sortes de kystes, la mollesse du lipome et ses lobules, toujours appréciables lorsqu'ils sont sous-cutanés, viendront puissamment en aide.

La longue durée du mal, son évolution lente et son indolence, ne peuvent indiquer qu'un lipome, un adénome ou un enchondrome; mais la dureté qu'ont ces dernières tumeurs fera prononcer en faveur de la première, surtout si avec ce symptôme la santé générale est bonne. On devra distinguer des lipomes les grosses tumeurs fibro-plastiques. Dans celles-ci, les progrès sont très-rapides, des douleurs lancinantes se font ressentir assez souvent, la santé générale est plus ou moins altérée. La tumeur fibro-plastique contracte des adhérences avec les muscles et paraît faire corps avec eux, et la paroi s'amincit dans les points où elle est adhérente. Il en est de même pour le tissu encéphaloïde. Dans tous ces cas, on parviendra à éclairer le diagnostic en plongeant dans la tumeur, comme l'a proposé M. le professeur Nélaton, un trocart fin ou une aiguille à acupuncture. Ensuite on cherche à produire des mouvements de circumduction à l'extrémité profonde de la tige métallique. La nature de la tumeur sera reconnue à la facilité avec laquelle on exécutera ces mouvements ou à l'impossibilité de les produire.

Certaines tumeurs érectiles, en considération de leur siége, de leur consistance, peuvent être prises pour des lipomes, mais elles cèdent, s'affaissent, disparaissent presque totalement sous l'influence d'une compresion continue, et, du moment où celle-ci n'existe plus, elles reviennent lentement et pour ainsi dire par saccades à leur état primitif.

Le bruissement, le bruit de souffle, les altérations d'expansion et de resserrement de la tumeur anévrysmale, ainsi que son immobilité et son adhérence aux téguments, empêcheront toute méprise.

Les lipomes multiples, surtout lorsqu'ils affectent de la symétrie, ont souvent été considérés comme étant des fibromes ou des névromes. Quand ceux-ci sont agglomérés, ils constituent ce que M. Verneuil a appelé *nevromes plexiformes*. Ces névromes donnent au toucher la sensation de circonvolutions, de cordons noueux; ils déterminent une douleur variable, quelquefois vive, analogue à des secousses électriques, s'irradiant dans le nerf du centre à la périphérie; quelquefois continuel, avec exacerbations quelquefois intermittentes; elle peut n'être point modifiée par la pression, mais souvent aussi elle est exaltée par elle et même par les moindres frottements. Rien de tout cela, à part la multiplicité et la symétrie, ne s'observe dans les lipomes (Obs. 5).

Dans tous les cas, le meilleur moyen pour porter un diagnostic précis est d'enfoncer dans la tumeur qui est soumise à l'observation soit la canule d'un petit trocart explorateur, soit le harpon Duchenne, ce qui permet d'extraire quelques fragments de son tissu, dont l'examen fait à l'aide du microscope révélera la nature.

L'observation suivante, que nous devons à un interne distingué des hôpitaux, M. Hénocque, vient nous montrer un nouveau procédé d'exploration dont il est l'auteur.

OBSERVATION VIII.

Le nommé Bouchardel, âgé de 32 ans, typographe, entré, le 4 juin 1868, à l'hôpital des Cliniques. Ce malade porte à la région postérieure et inférieure du cou, près de la ligne médiane, une tumeur du volume d'un œuf. Il y a près de deux ans que la tumeur a commencé à se développer. Depuis quelque temps, son accroissement a paru plus sensible. En effet, il y a six semaines, la tumeur n'avait guère que les deux tiers du volume actuel. Jamais le malade n'a reçu de coups à ce niveau, et il n'a ressenti de douleurs ni avant l'apparition de la tumeur, ni depuis qu'elle existe; la pression ne détermine aucune douleur. Cette tumeur est arrondie à sa base, tandis qu'au sommet elle présente une portion plus saillante qui forme une sorte d'appendice donnant à la tumeur l'aspect d'un sein de femme. La peau, au niveau de ce mamelon, est amincie et d'une couleur rosée. La façon dont s'est développée la tumeur semble expliquer cette particularité. Le malade portait à ce niveau un petit signe au-dessous duquel la tumeur est située; ce signe soulevé par la tumeur aujourd'hui forme le mamelon.

La tumeur mesure 19 centimètres de circonférence; la peau qui la recouvre est normale, excepté au sommet, où elle est très-amincie; la peau n'est pas adhérente. Si l'on saisit la tumeur par sa base, la tumeur semble se partager en un certain nombre de lobes; elle est d'ailleurs mobile en masse sur les tissus sous-jacents. La tumeur, molle à sa base, donne la sensation de véritable fluctuation lorsque l'on exerce des pressions de la surface à la profondeur. Il ne fut pas possible d'explorer la transparence de la tumeur.

Le diagnostic de cette tumeur semblait déjà à peu près assuré par les signes qu'elle présentait, mais la sensation de fluctuation, si prononcée surtout à la face de la tumeur, pouvait laisser quelques doutes : en effet, on pouvait supposer l'existence d'un

kyste ; enfin il y avait à se prononcer entre un lipome et un molluscum.

M. Guyon, chargé du service, consentit à essayer un moyen de diagnostic proposé par M. Hénocque, interne du service, et qui consiste dans la palpation de la tumeur après que celle-ci a été soumise à la réfrigération par la pulvérisation d'éther. M. Hénocque avait souvent remarqué la différence de consistance présentée par les lipomes lorsque, d'une part, on les examine sur le vivant par la palpation pendant une opération, ou, d'autre part, quelques heures après l'ablation de la tumeur lorsque celle-ci est refroidie. D'ailleurs les chirurgiens qui ont employé l'anesthésie locale dans l'ablation des loupes ou des kystes sébacés ont été frappés de ce fait, que la tumeur semble devenir dure comme une bille après le refroidissement.

Il suffisait d'appliquer ces observations à l'examen clinique pour trouver un nouveau moyen d'exploration; or le mérite en revient à M. Hénocque.

Dans le fait observé à la Clinique, la réfrigération par l'éther amenait rapidement un changement dans la consistance de la tumeur; la fluctuation disparaissait, la masse de la tumeur devenait plus dure, la lobulisation à la base se prononçait très-nettement. Le mamelon lui-même n'était plus fluctuant; il semblait, pour ainsi dire, avoir subi une sorte d'érection. Cette expérience fut répétée plusieurs fois devant les élèves de la Clinique et se reproduisit très-nettement.

L'opération, faite le 10 juillet, montra que la tumeur était un lipome.

La réfrigération de la tumeur après extraction produisit des effets analogues à ceux observés sur le vivant.

Les expériences que nous avons faites sur un animal porteur d'un lipome gros comme les deux poings, situé au niveau de l'hypochondre droit, viennent confirmer les premiers résultats obtenus par M. Hénocque chez l'homme.

Cet animal, qui n'est autre qu'une chatte, appartient à M. Thévenin, imprimeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, avec lequel nous sommes entré en relation assez fortuitement, mais, il faut l'avouer, d'une manière fort opportune. N'ayant pu à aucun prix décider le propriétaire à se défaire de son chat, nous obtînmes cependant d'en faire l'objet de quelques expériences ; nous devons même le remercier de l'extrême complaisance qu'il nous a montrée dans cette circonstance.

La chatte en question a 19 ans, âge rare chez ces animaux ; elle n'a eu que trois fois des petits. Toujours soignée comme l'enfant de la maison, elle paraît jouir de la meilleure santé. Il n'y a que quatre ans que M. Thévenin s'aperçut qu'elle portait une tumeur qui, à cette époque, était grosse comme une noisette ; depuis elle s'est développée lentement, mais incessamment, et aujourd'hui elle a le volume des deux poings réunis. Placée au niveau de l'hypochondre droit, elle est lobée, mobile, souple et sans changement de coloration à la peau, qui est très-visible par suite de la rareté des poils ; de plus, elle paraît complétement indolente, même à la pression, et il n'existe aucune espèce de fluctuation.

Dans une première expérience, nous avons produit la réfrigération du tissu de ce lipome à l'aide de l'appareil de Richardson. A mesure qu'un abaissement notable de la température se produisait sous l'influence de l'éther ainsi pulvérisé, une certaine dureté et une grande tension s'accusaient de plus en plus. Ce fait était d'autant plus manifeste que les parties éloignées avaient conservé leur souplesse, en un mot leur consistance normale. Nous avons déterminé plusieurs fois les mêmes phénomènes.

Dans une seconde expérience, que nous avons également reproduite, nous avons fait usage d'un mélange réfrigérant composé de glace et de chlorure de sodium. Dans ce cas, comme dans le précédent, nous avons senti à la palpation le lipome s'arrondir et devenir de plus en plus dur ; mais ici, ce phénomène s'est montré bien plus promptement, et peut-être d'une manière plus évidente encore.

PRONOSTIC.

Le lipome doit être considéré comme le type des tumeurs inoffensives, bénignes, puisqu'il est formé d'un tissu adipeux ressemblant au tissu adipeux normal et que, d'autre part, alors même qu'il revêt la forme diéthésique, il n'exerce aucune influence sur le restè de l'organisme, ce qui permet d'en pratiquer sans crainte l'extirpation.

Les phénomènes qui peuvent survenir dans certains cas ne font nullement partie de l'évolution de la tumeur, ils sont purement accidentels. L'inquiétude qu'éprouve certains malades tient moins à la nature propre du lipome qu'au siége qu'il occupe. Ainsi, une de ces tumeurs qui sera placée sur un plexus nerveux pourra, à certains moments, déterminer de l'engourdissement, de la douleur, rarement de la paralysie. On a vu de l'œdème et des dilatations des veines survenir à la suite du développement des lipomes qui avaient pris naissance dans le voisinage ou sur le trajet de ces vaisseaux. D'autres fois, ce seront des lipomes herniaires. Un lipome intra-orbitaire peut donner lieu à une exophthalmie et même déterminer la perte complète de la vue. Ceux du cou placés trop près de la trachée donneront lieu à de nombreux accès de suffocation. De plus, ce que nous avons observé chez plusieurs malades tendrait à nous faire croire que l'atrophie musculaire dont ils sont frappés est favorisée par le voisinage d'un lipome dont les proportions vont sans cesse en augmentant. Enfin, on ne devra jamais redouter ni les métastases, ni les dégénérescences.

TRAITEMENT.

Les lipomes ne sont pas susceptibles de disparaître spontanément. Parmi tous les moyens employés dans le but d'en obtenir la résolution, nous n'en citerons qu'un seul qui vient de réussir entre les mains du D[r] Onimus, et dont nous lui savons beaucoup de gré d'avoir bien voulu nous réserver la primeur. L'observation suivante, que nous devons à son obligeance et que nous nous fai-

sons un devoir de rapporter dans son entier, nous révèle un traitement du lipome entièrement nouveau, et qui est appelé, nous en sommes convaincu, à donner des résultats satisfaisants même chez les personnes atteintes de diathèse lipomateuse.

OBSERVATION IX.

M. Antoine R..., âgé de 57 ans, est tombé sur le bras droit, le 19 août 1866, et s'est fracturé l'humérus au niveau de la gouttière du nerf radial. Il a eu aussitôt une paralysie complète de tout le bras, il a perdu toute sensibilité dans l'avant-bras et surtout à la partie postérieure, et il ne peut remuer aucun doigt.

L'appareil qui fut posé pour maintenir la fracture ayant exercé une compression trop forte, il eut, au bout de vingt-quatre heures, un commencement de gangrène, le membre œdématié et couvert de phlyctènes. L'appareil fut enlevé, mais il y eut pendant longtemps des ulcérations de la peau. La fracture se consolida, mais le bras resta paralysé.

Lorsque je vis le malade plus d'un an après son accident, son bras droit était dans l'état suivant : les muscles du bras, le biceps et le triceps étaient atrophiés seulement dans leur moitié inférieure; toute la partie située au-dessus de l'appareil qui avait été posé pour maintenir la fracture, avait conservé à peu près le volume normal, toute la partie de ces muscles qui avait été comprimée était complétement atrophiée. Les muscles de l'avant-bras et de la main étaient également atrophiés ; les doigts étaient fléchis et ne pouvaient exécuter que de légers mouvements de flexion. I ne pouvait faire aucun mouvement de la main, car dans l'avant-bras il y avait une immobilité de l'articulation complète du coude et du poignet. La sensibilité était partout affaiblie, elle avait disparu presque entièrement pour les doigts; le malade n'accusait aucune douleur lorsque l'on piquait les doigts avec une épingle, il ne pouvait apprécier les différences de température et avait perdu complétement le tact.

La peau est couverte de taches rouges et livides, et soulevée en

plusieurs endroits par de petites tumeurs dures, indolentes, glissant sous les doigts, et de formes diverses. Ces tumeurs ont apparu il y a dix ans; elles ont augmenté peu à peu en nombre et en volume. Pour le bras droit elles sont au nombre de sept. Deux sont placées sur la partie antérieure de l'avant-bras; l'une, près du poignet; l'autre, plus haut, à 1 décimètre de distance. Les cinq autres sont toutes au côté interne de l'avant-bras, placées tout près l'une de l'autre, deux du volume d'un œuf de pigeon; les autres sont plus petites.

Après une vingtaine de séances, les mouvements reparurent en partie, surtout pour les muscles fléchisseurs, et les articulations du coude et du poignet devinrent plus mobiles. Au bout de dix mois de traitement, le bras avait recouvré toutes ses fonctions, tous les mouvements étaient devenus possibles, les articulations étaient libres et très-mobiles, les muscles avaient repris leur volume et leur forme normales, la sensibilité, sauf un léger engourdissement au bout des doigts, était complétement revenue. Pour le triceps et le biceps brachial, la ligne de démarcation, due à la compression de l'appareil, persiste toujours. On ne retrouve plus sur la peau les taches livides qui s'y trouvaient avant le traitement.

Mais ce qu'il y a de remarquable, les tumeurs qui existaient ont complétement disparu; il n'en existe plus de traces, et cela nous a d'autant plus frappé que nous n'avions jamais songé à agir sur ces tumeurs. Nous appliquions toujours un des pôles, le pôle positif sous l'aisselle sur le plexus brachial, et le pôle négatif sous la main ou sur le trajet des nerfs de l'avant-bras. Nous employions des courants continus de trente à quarante éléments Remak. Il n'y a eu ni cautérisation de ces tumeurs, ni aucune action d'électrolyse proprement dite.

Notre attention étant dirigée sur ce point, nous recherchâmes si sur d'autres parties du corps il existait également de ces tumeurs. Au bras gauche nous en trouvâmes dix, placées à peu près

symétriquement à celles du bras droit. Trois de ces tumeurs se trouvent à la partie antérieure de l'avant-bras, l'une près du poignet et les deux autres très-rapprochées du coude. Les autres sont toutes à la partie interne, le long des muscles cubitaux. Deux de ces tumeurs sont volumineuses, l'une de la grosseur d'un œuf de pigeon, l'autre de la grosseur d'un œuf de poule. Elles sont dures, bosselées, indolentes.

Des petites tumeurs du même genre se trouvent encore à la cuisse, au niveau du triangle de Scarpa. Il en existe deux à gauche et une à droite. Elles sont peu volumineuses et sont également placées *symétriquement*. On n'en trouve point sur d'autres parties du corps. Le malade ne se trouvant nullement gêné par ces tumeurs et n'en éprouvant aucune souffrance, ne tenait guère à les faire disparaître ; cependant nous l'engageâmes à se laisser électriser le bras gauche, et comme pour le bras droit, les tumeurs finirent par diminuer, et quelques-unes ont aujourd'hui complétement disparu, après une trentaine de séances.

Après les premières séances d'électrisation, les tumeurs, d'abord dures, bosselées, ont commencé à se ramollir et à se subdiviser en un plus grand nombre de petits lobules. La tumeur la plus volumineuse, qui ne formait qu'une seule masse, offrit l'aspect de la réunion de plusieurs petites tumeurs de forme irrégulière, mais que l'on pouvait très-bien séparer les unes des autres. Quelque temps après, les tumeurs prirent une consistance très-molle et donnèrent un peu la sensation de fluctuation.

Aujourd'hui, des dix tumeurs, il n'en existe plus que cinq, et celles-ci ont diminué considérablement. Plusieurs médecins ont vu ce malade, et je puis le présenter à toutes les personnes qui désireraient se rendre compte de ces faits.

L'examen microscopique de ces tumeurs (nous en avons obtenu une petite portion au moyen du harpon Duchenne) y a démontré les éléments suivants : de grandes cellules adipeuses avec une trame fibreuse fort peu épaisse. Ces cellules ressemblent aux cellules adipeuses du tissu sous-dermique.

Comme on le voit, les lipomes peuvent diminuer et même disparaître sous l'influence de *courants électriques continus*. C'est là un fait très-important, que de nouvelles tentatives ne tarderont pas à confirmer. Il a été donné à plusieurs médecins de constater la disparition graduelle des lipomes chez le malade du Dr Onimus. Nous-même, qui avons vu cet homme, nous avons été vivement frappé de résultats aussi merveilleux. Dans le cas présent l'auteur a employé des courants continus de trente à quarante éléments Remak, et il a suffi d'une trentaine de séances. Nous ne chercherons point à expliquer comment agit un pareil traitement, laissant ce soin à d'autres plus compétents en pareille matière. Ce moyen devra être préféré à tout autre, lorsqu'on se trouvera en présence de lipomes multiples et de moyenne grosseur. Mais dans les cas de tumeurs lipomateuses déjà très-volumineuses, nous pensons que l'élimination seule doit être tentée. Les différents procédés qui ont été employés sont : la cautérisation, la ligature, l'amputation et l'extirpation. Nous serons très-bref sur chacun d'eux, renvoyant aux auteurs pour les détails.

I. *Cautérisation*. — Ce moyen consiste à détruire les lipomes à l'aide de fragments de potasse caustique, lorsqu'ils sont peu volumineux.

Lorsqu'ils sont énormes et implantés par une base assez large, M. Maisonneuve a conseillé de les cerner avec des flèches caustiques. Nous ne conseillerons pas cette méthode, ces sortes de tumeurs étant peu vasculaires et l'opération produisant de vives douleurs. Il existe cependant un genre de cautérisation, qui ne doit point être dédaigné et qui consiste à faire usage de la galvano-caustique. Tel est le cas du malade de Follin (*Gazette des hôpitaux*, n° 29, année 1866). Après avoir jeté un fil de platine de moyenne grosseur et l'avoir serré sur le pédicule, il fit passer à travers cette anse métallique, le courant de quatre éléments de la pile Middeldorpff, tout en tournant le treuil, qui resserrait l'anse métallique. Nous sommes partisan d'enlever les lipomes à l'aide

de la galvano-caustique, surtout lorsqu'ils sont sous-muqueux, comme ceux de la langue par exemple, car les avantages de ce procédé peuvent être ainsi résumés: ablation prompte, douleur faible, hémorrhagie insignifiante.

2. *Ligature.* — Ce moyen est excellent lorsque les lipomes sont pédiculés. On ne doit guère l'employer que lorsqu'ils se présentent sous cette forme. Alors on devra se servir de préférence de l'écraseur linéaire comme l'a fait Foucher (*Gazette des hôpitaux*, 1867; n° 113, p. 447). Dans quelques cas de tumeurs lipomateuses, sessiles même, M. Chassaignac en a obtenu de beaux résultats, comme le témoignent les observations qui sont consignées dans son *Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales.* Les différentes manières d'appliquer sa méthode y sont exposées très-clairement. Cette opération est généralement très-douloureuse; aussi lui préfère-t-on souvent l'extirpation par le bistouri, surtout lorque le lipome est implanté par une large base.

3. *Amputation et extirpation.* — Les chirurgiens ont différentes manières de procéder, suivant le volume de la tumeur. Ainsi, on peut, comme l'a fait M. Chassaignac, la circonscrire par un lambeau semi-lunaire, que l'on rabat après la dissection et l'énucléation. D'autres fois, mais toujours en conservant la peau, après avoir pratiqué une incision droite en T..., en V..., ou même en croix, et disséqué les téguments qui recouvrent la tumeur, on peut l'énucléer soit à l'aide des doigts, soit à l'aide d'une spatule. Lorsque le lipome est par trop volumineux, on peut enlever une partie de la peau, surtout si elle est ulcérée. Dans ce but on fera deux incisions semi-elliptiques convergeant l'une vers l'autre. Ce procédé tient le milieu entre l'amputation et l'extirpation. M. Gensoul en a imaginé un très-prompt, que Jobert (de Lamballe) a souvent employé. Nous le trouvons exposé dans la thèse de M. Pautrier et dans tous les auteurs; nous ne faisons que le mentionner.

Après l'ablation de la tumeur, il reste une plaie tantôt peu éten-

due, alors on peut chercher à obtenir une réunion par première intention; tantôt très-vaste, dans ce cas on la diminuera en rapprochant les lèvres, que l'on maintiendra accolées soit par des points de suture, soit à l'aide de simples bandelettes de diachylon. On peut ensuite se contenter d'un pansement simple, et d'une légère compression. Il vaut mieux ne jamais tenter une réunion par première intention, dont la réussite est d'ailleurs très-rare, vu l'abondance de tissu cellulaire, qui existe dans le fond de la plaie.

Nous signalerons, en terminant, le procédé de Bonnet, de Lyon, qui a quelquefois amené la guérion. Ce chirurgien employait la méthode sous-cutanée, et se bornait à taillander en tous sens la peau, ce qui donnait lieu à une inflammation dont le résultat définitif était la fonte du lipome. De ce fait nous pouvons conclure qu'il n'y a aucun danger à ne pas enlever entièrement ces sortes de tumeurs, puisque le travail de suppuration peut faire disparaitre le produit morbide, et qu'on n'a pas à redouter la dégénérescence.

L'ablation des lipomes est en général une opération sans gravité; mais, dans certains cas, elle n'est pas exempte de dangers. Ceux-ci résultent du siége, du volume de ces tumeurs, et, par suite, des grands délabrements que le chirurgien est obligé de produire, lorsqu'il existe des prolongements lipomateux qui vont profondément, comme nous l'avons constaté chez notre jeune fille de 12 ans. (Observatien VI.)

En résumé : 1° Les lipomes multiples et peu volumineux pourront disparaître sous l'influence des courants continus.

2° Les lipomes pédiculés seront facilement enlevés, soit à l'aide de l'écraseur linéaire, soit à l'aide de la galvano-caustique.

3° Enfin, lorsqu'ils sont trop volumineux, l'amputation et l'extirpation sont les seuls moyens que l'on puisse employer avec chance de succès.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abernethy, Mélanges de chirurgie étrangère, t. II, p. 439 et 494. Genève, 1825.
Albers, Virchow's Arch., t. X, p. 215.
Alibert, Nosographie naturelle (cas de lipomes multiples).
Bastien, Bulletins de la Société anat. de Paris, 1854, nov.
B. Beck, Virchow's Archiv, 1858, t. XV, p. 153.
Th. Billroth, Éléments de pathologie chirurgicale. Paris, 1868, p. 698.
Bœckel, Gazette des hôpitaux, 1867, p. 30, n° 8.
Boinet, Lipome de la main (Bull. de la Soc. de chir., 1867).
Bouteiller, Bulletins de la Soc. anat., 1849, p. 24.
Broca, Bulletins de la Soc. anat. de Paris, 1852, p. 234.
— Lipome prérotulien (Bull. de la Soc. de chir., 1860, 2e série, t. I, p. 229).
— Gazette hebdomad., 1862, p. 366. Généralisation de tumeurs lipomateuses après l'ablation d'un lipome volumineux. Autopsie.
— Même cas (Bulletins de la Soc. de chir., 2e série, 1863, t. III, p. 243).
— Traité des tumeurs. Paris, 1866.
Bruns, Atlas, 1re division, pl. I, fig. 4-8.
Chassaignac, Bulletins de la Soc. de chir., 2e série, t. III, p. 32.
D. Craigie, Elements of general and pathological anatomy. Edinb., 1848, p. 71.
Cruveilhier, Traité d'anat. pathol., t. III.
— Atlas d'anat. pathol., livre XXXVI, fig. 2 et 2'.
Demarquay, Traité des tumeurs de l'orbite. Paris, 1860, p. 175, 359.
A. Després, Traité du diagnostic des maladies chirurgicales. Paris, 1868.
Duchenne (de Boulogne), Hypertrophie graisseuse des muscles (Arch. de méd., 1868, numéro de février).
Follin, Traité élémentaire de pathologie externe, t. I, p. 198.
A. Forster, Virchow's Archiv, t. XII, p. 205.
Foucher, Gazette des hôpitaux, n° 113, p. 447 (1867).
Gehewe, De corpusculo quodam adiposo in hominum genis obvio. Diss. inaug. Dorpat, 1853.
Gluge, Atlas der pathol. Anatomie. Jena, 1843.

R. Godard, Recherches sur la substitution graisseuse du rein. Paris, 1859, p. 25, pl. II et III.

Gosselin, Bull. de la Soc. anat., 1842, p. 208.

Hébert, Thèse sur l'inflammation du lipome. Paris, 1849, p. 11 (n° 27).

Hervez de Chégouin, Bulletins de la Soc. de chir., 1857, 1re série, t. VIII, p. 163.

Hesselbach, Die Erkenntniss und Behandlung der Eingeweidebrüche. Niërnberg, 1840.

Heyfelder, De lipomate et de steatomate imprimis microscopii ope indigatis nonnulla. Stuttgard, 1842.

Houel, Manuel d'anat. pathol. Paris, 1837, p. 588.

Huguier, Bulletin de la Soc. de chir., t. V, p. 296, et 1re série, t. VIII, p. 165 et suiv.

Klob, Zeitschrift der Wiener Aerzte, 1859, n° 43.

Lebert, Mémoires de chirurgie et de physiologie pathologique. Berlin, 1848, p. 121 et 123.

— Abhandlungen, p. 84.

— Anat. pathol., t. I, p. 128.

— Atlas d'anat. pathol., pl. XVI, fig. 2, t. Ier.

Littre, Sur une tumeur graisseuse de la cuisse, dans Académie des sciences, 1704. Histoire. Observations anatomiques, n° 1.

— Histoire de l'Académie royale des sciences, année 1709, observat. anat. 3,

Marjerin, Des névromes plexiformes (variété de tumeurs sous-cutanées). Thèse de Paris, 1867, p. 33-57.

Marjolin, Bulletins de la Soc. de chir., t. I, p. 662 (1856).

J.-P. Maunoir (de Genève), in Mélanges de chirurgie étrangère d'Abernethy, p. 544.

Joh. Fr. Meckel, Pathol. anat., 1818.

Michon, Gazette des hôpitaux, 1846, janvier.

Morel-Lavallée, Lipome en grappe (Bulletins de la Soc. de chir., 1re série, t. Ier, p. 882.)

— Bulletins de la Soc. de chir., t. Ier, p. 143.

— — t. VIII, 1re série, p. 163.

Morgagni, De sedibus, etc., lib. IV, épist. 1, art. 24, 25.

Moynier, Lipome de la cavité abdominale (Bull. de la Soc. de biologie, nr 8 p. 139, août 185

Joh. Müller, Ueber den feineren Bau der Geschwülste, p. 50.

Murchison, Edinb. med. journ., 1857, juin.

Nélaton, Éléments de pathologie chirurgicale, t. Ier, p. 511.

Pajet, Lectures on tumours. London, 1851.
Pautrier, Essai sur les lipomes. (Thèse de Paris, 1834, n° 6, t. Ier.)
Prat, Considérations sur les tumeurs graisseuses en général et les lipomes en particulier. (Thèse de Strasbourg, 1858.)
Philippeaux, Application de la méthode sous-cutanée au traitement du lipome, par le professeur Bonnet, de Lyon. (Bulletin de thérapeutique, 1848. t. XXXV, p. 61.)
Rayer, Traité des maladies des reins, t. III, p. 614.
Rokitansky, Pathol. anat., 1861, t. III, p. 171, 231.
Sangalli, Storia clin. edanat. de i tumori, 1860, vol. II, punt. I.
Schuh, Pseudoplasmen, p. 182.
Stoffella, Vierteljahrschrift, 1865, p. 57.
Phil. Walter, System der Chirurgie. Berlin, 1833, p. 393.
Phil. Walther, Ueber die angebornen Fetthautgeschwülste und andere Bildungsfehler. Landshut, 1814.
John Warren, Surgical observations on tumours. Boston, 1848.
Weber, Müller's Archiv, 1851, p. 74.
Velpeau, Traité des maladies du sein, 1854, p. 249.
Verneuil, Note sur la structure intime du lipome, suivie de quelques remarques sur l'hypertrophie en général (Bulletins de la Société de biologie, 2e série, t. Ier, p. 11).
Virchow, Pathologie des tumeurs (traduction de l'allemand par Aronsshon). Paris, 1867.
Virchow's Archiv, t. VIII.
J. Vogel, Pathol. anat., 1845.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

LIPÔMES

Observés sur un homme de 68 ans.



E. Darbez, Ad naturam delineavit — Frantz Liouville Phot.

Apparition de la première tumeur à l'âge de 30 ans.

LIPÔMES

Observés chez une jeune fille de 12 ans.



Frantz Liouville Reproduxit.

Apparition de la première tumeur à l'âge de 4 mois.

LIPÔMES

Observés sur une dame de 61 ans.



E. Darbez, Ad naturam delineavit — *Frantz Liouville Phot.*

Apparition de la première tumeur à l'âge de 36 ans.

de poison arsenical ingérée était suffisante pour causer la mort.

Il n'est pas sans importance de faire remarquer que la question prend un intérêt particulier dans le cas d'empoisonnement accidentel et notamment dans celui qui a lieu par suite d'une erreur dans la prescription, dans le dosage ou dans l'administration d'un médicament. Il est indispensable dans cette circonstance de connaître avec exactitude la maladie antécédente, la marche suivie dans la médication, le mode de préparation et d'emploi du remède, la quantité qui en reste, et de rapprocher ces divers éléments des effets immédiats qui ont pu être observés et des lésions révélées par l'autopsie.

4° A quel moment a eu lieu l'ingestion du poison arsenical ? — On ne retrouve plus pour l'arsenic, de même que pour les divers poisons qui n'agissent qu'après avoir été absorbés, la même facilité à déterminer le moment précis de l'ingestion qu'offraient les empoisonnements par les irritants et les corrosifs. Pour ceux-ci l'action locale est immédiate et marque instantanément l'heure à laquelle le poison a été administré; pour les autres, au contraire, et en particulier pour l'arsenic, les premiers effets, les premiers indices de l'empoisonnement se font attendre pendant un temps plus ou moins long, et sont fatalement subordonnés aux conditions qui favorisent ou retardent l'absorption. Et cependant la question est tellement grave, elle domine si manifestement certaines affaires criminelles, qu'il est indispensable, au point de vue de la pratique médico-légale, de chercher tous les moyens de la résoudre.

J'ai déjà fait ressortir autant que je l'ai pu les diverses influences qui peuvent faire varier l'époque d'apparition des premiers symptômes de l'empoisonnement arsenical, le mode d'administration du poison interne ou externe; la forme sous

Observ. III.— *Empoisonnement par l'acide arsénieux.— Mort vingt-quatre heures.* (Devergie, *Médecine légale*, 3e édit., p. 525.)

M. M..., après avoir mangé du riz au gras, est pris de vo sements quatre heures après le repas. Les vomissements v augmentant; le pouls est faible, vif, profond; la langue h couverte d'un léger enduit blanc, ayant les bords et la pointe le ventre douloureux, la soif ardente, les mains et les pieds le malade a des crampes continuelles et s'agite sur un lit da sorte d'angoisse. La mort eut lieu après vingt-quatre heures frances.

Ouverture du corps trente-trois heures après le décès. — superficielles, nombreuses, plus ou moins étendues, de coule lacée, sur toute la surface du corps. Sang noir, épais, non c dans les ventricules du cœur. Injection de la surface interne d tomac et de tout l'intestin. Plusieurs points sphacélés (ecchy disséminés sur la muqueuse stomacale.

Observ. IV. — *Empoisonnement suicide avec 10 grammes arsénieux. — Mort soixante-douze heures après l'ingest poison.* (Rapport médico-légal, par A. Tardieu.)

La jeune Emma Charles, dite Carlos, âgée de dix-sept ans un moment de dégoût de la vie de débauche à laquelle elle laissé entraîner, prend le samedi 2 juin, à dix heures du soir, e 10 grammes d'acide arsénieux en poudre et avale quelques g d'eau. Au bout d'une heure environ, on administre de l cuanha ; il survient alors des vomissements qui durent pendan rante-huit heures, accompagnés de constriction douloureus gorge, de refroidissement, de crampes, d'évacuations alvin d'une excessive faiblesse. L'intelligence s'est maintenue jusqu'au dernier moment; mais dans la troisième journée, alo les vomissements avaient cessé, quelques symptômes de cong cérébrale se déclarèrent. La mort eut lieu le mardi soir, so douze heures après l'ingestion du poison. Aucun traitement s n'avait été institué. Six heures seulement après que l'arsenic été pris, on avait administré de l'eau albumineuse.

L'*autopsie*, à laquelle j'ai procédé trente-six heures après la m'a montré une conservation très-remarquable du cadavre eu à la température. Les viscères retenaient encore une certain leur. Il n'existait à l'extérieur aucune trace de violences.

L'estomac, qui renfermait une assez grande quantité de m bilieuses, n'offrait pas la moindre trace d'inflammation, mais ment quelques plaques oblongues d'un rouge violacé, formé

ns sans foyers apoplectiques. Pas d'altération dans l'intérieur ouche, de l'arrière-gorge et de l'œsophage.

tomac et l'intestin grêle présentent au contraire des lésions spéciales : leur surface interne est tapissée par une matière ée, demi-concrète; la membrane muqueuse est soulevée dans e toute son étendue par des bulles de gaz qui, accumulées ce, forment de véritables tumeurs emphysémateuses qui rént le calibre de l'intestin. On ne trouve ni rougeur, ni ulcé- ni eschares, mais seulement un peu de ramollissement de la use. Vessie complétement rétractée ; teinte rosée uniforme à eur.

alyse chimique démontre la présence de l'arsenic.

II. — *Empoisonnement aigu par l'arsenic. — Mort au bout -six heures.* (Observation inédite.)

soldat d'Afrique, d'une forte constitution et de retour en

laquelle il est ingéré en fragments solides, en poudre, ou dissous; pur ou mélangé avec d'autres substances, à des degrés divers de solubilité, les conditions physiologiques générales favorables ou nuisibles à l'absorption. Ce sont là des influences qu'il suffit de rappeler à un expert instruit et dont il serait d'ailleurs impossible de prévoir les effets, qui ne peuvent être bien appréciés que dans chaque cas particulier.

Les circonstances de fait prennent en effet ici une importance capitale. Dans l'empoisonnement de Soufflard, on voit le condamné boire avidement, après avoir pris une forte dose d'arsenic en poudre, des quantités d'eau énormes, qui ont dû dissoudre une plus grande partie du poison, hâter l'abso